

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**“LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA  
MODERNIZACIÓN DEL ESTADO EN EL ÁREA DE SALUD  
(CASO ESPECIFICO HOSPITAL ROOSEVELT)”**

**TESIS**

**PRESENTADA A LA  
DIRECCIÓN DE LA ESCUELA DE  
TRABAJO SOCIAL**

**POR:**

**AURA LETICIA MURALLES CARCAMO**

**PREVIO A CONFERÍRSELE EL TÍTULO DE  
TRABAJADORA SOCIAL  
EN EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADA**

**Guatemala, marzo de 2000**

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR:	Ing. Efraín Medina Guerra
SECRETARIO:	Dr. Mynor René Cordón y Cordón

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

DIRECTORA:	Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida
SECRETARIA:	T.S. Lorena González

CONSEJO ACADÉMICO  
REPRESENTANTES DOCENTES

Licenciada	Cármen Mejía Giordano
Licenciada	Aída Ofelia Pérez Duque
Licenciada	Carolina de la Rosa de Martínez
Licenciada	Amparo Meléndez López
Licenciada	Blanca Mercedes Aroche

CONSEJO ACADÉMICO  
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Trabajadora Social	Eugenia Amely Werner
Maestra Educación Primaria	Damaris Girón
Secretaria Comercial	Alicia Catalina Herrera
Bachiller	Elsa Leticia Donis
Bachiller	Edgar Moisés Godínez
Bachiller	Federico Alvarado

TRIBUNAL EXAMINADOR

Directora:	Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida
Secretaria:	T.S. Lorena González
Asesora:	Licda. Mirna Valle
Revisora:	Licda. Miriam Maldonado
Coordinadora del Área de Formación Prof. Específica:	Licda. Elsa Arenales de Franco

## ACTO QUE DEDICO A:

Que gracias a su luz me dio la oportunidad de realizarme.

Mi Papá	Gregorio Muralles con amor y respeto. Como un pequeño regalo a sus múltiples esfuerzos para superarse y un infinito agradecimiento por orientarme a seguir en el camino correcto.
Mi Mamá	Rosa Lidia Cárcamo Morales (Q.E.P.D.), con mucho amor, rosas rojas sobre su tumba.
Mis hijos	Jennifer Cristina Arrega Muralles, José Luis Arrega Muralles, con cariño.
Especialmente a	Herlinda de Muralles, en agradecimiento a su apoyo incondicional.
Mis hermanos	Isabel, Mario, Rosita, Maribel con cariño.
A mis Abuelitos	Felipe Cárcamo e Inés Morales de Cárcamo con cariño y respeto. Reyes Muralles y Gregoria Aguilar (Q.E.P.D.), flores sobre su tumba.
A mis Cuñados	Dr. Roberto Reyes, Byron Samayoa, Magda Nájera.
A mis tíos	Juan Antonio, Ángela, Víctor, Gustavo Cárcamo, Anacleto del Cid Muralles.
A mis sobrinos	Julio Roberto, Marito, Frisly, Julita, Julio, Estuardo.
A mis amigos	Yolanda Bardales, Gilma Mérida, Lilian Son Petz, Víctor Abel Bardales, Lidia Sandoval, Enma Velásquez, con cariño,
A mis Madrinas de Graduación:	Licda. Alicia Muñoz, Licda Rosa Elida de Samayoa,agradecimiento por su apoyo y colaboración en mi tesis.

“Los autores serán responsables de las opiniones y criterios expresados en sus obras”, Artículo No. 11, Reglamento del Consejo Editorial de la Universidad de San Carlos de Guatemala

# ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	i
CAPITULO 1	
MARCO TEORICO	1
1.1. La Modernización del Estado	1
Modernización en el Área de Salud	2
Sector Público en Salud	2
Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS)	3
Características Socioeconómicas de Guatemala	5
CAPITULO 2	
SITUACIÓN DE LA SALUD EN GUATEMALA	7
Los Objetivos en el Sector Salud	8
2.1.1. Mortalidad Infantil, Mortalidad Materna, Nutrición, Inmunización	12
2.1.2. Evolución y Estado del Gasto en Salud	18
2.1.3. Personal	22
2.1.4. Ganancias en Eficiencia en el Sector Salud	24
2.1.5. Necesidades de Financiamiento en el Sector Salud	24
2.2. Salud	25
2.2.1. Salud Mental	26
2.2.2. Política de Ampliación de Cobertura	26
2.2.3. Modernización en la Salud	28
2.2.4. Generales	28
2.2.5. Estrategias	29
2.2.6. Políticas	29
2.2.7. Metas	30
2.2.8. Modernización del Hospital Roosevelt	31
CAPITULO 3	
ANTECEDENTES DEL TRABAJO SOCIAL DEL HOSPITAL ROOSEVELT	35
Manual y Reglamento del Hospital Roosevelt	36
3.1.1. Propósito	36
Objetivos Generales	36
Objetivos Específicos	37
3.2. Funciones del Trabajador Social Encargado del Servicio	37

3.2.1. Funciones	37
3.2.2. Funciones del Trabajador Social de Turno	38
3.3. Trabajo Social Hospitalario	38
3.4. Método	39
3.5. Métodos de Intervención del Trabajo Social	40
3.6. Técnica	42
3.7. Técnica Social	42
3.8. Técnicas Grupales	42

#### CAPITULO 4

#### PRESENTACIÓN , ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

	44
4.1. Fichas Sociales	44
4.2. Atención Social	47
4.3. Características de los Servicios	50
4.4. Coordinación con el Equipo Multiprofesional	52
4.5. Capacitación	54

#### CAPITULO 5

#### PROPUESTA DEL PLAN DE TRABAJO A REALIZARSE CON TRABAJADORES SOCIALES Y PERSONAL DEL HOSPITAL ROOSEVELT EN PROGRAMAS DE MODERNIZACIÓN.

	55
Datos Generales	55
Justificación	55
Objetivos	56
Generales	56
Específicos	56
Metas	56
5.5. Metodología de Trabajo	57
5.6. Organización y Coordinación	57
5.6.1. Coordinación	57
5.6.2. Área a cubrir	57
5.6.3. Responsable	58
5.6.4. Duración	58
5.7. Calendarización de Actividades	58
Recursos	59
Humanos	59
Institucionales	59
Evaluación del Proyecto	59

CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	62
BIBLIOGRAFÍA	63





## INTRODUCCIÓN

El fin primordial de la presente tesis, es conocer la intervención del Trabajador Social en la modernización en el área de salud, tomando como caso específico de investigación el Hospital Roosevelt.

La base de estudio la constituyeron los trabajadores sociales y pacientes del hospital, tanto internos como externos, de las diferentes áreas de trabajo como Cirugía, Consulta Externa, Maternidad, Emergencia de Adultos y Pediatría.

Se hace un enfoque de la modernización en el área de salud y sus políticas, para brindar la atención y orientación a los pacientes.

Se analizaron e interpretaron las características que presenta la intervención del Trabajador Social en el contexto de la modernización del Hospital Roosevelt.

El Hospital Roosevelt es una Institución del Estado, de referencia nacional, siendo uno de los principales del país; cuenta con tecnología moderna, por lo cual representa un apoyo a la salud en Guatemala.

El proceso de modernización en el Hospital inició en el año de 1997, con la intervención del equipo de trabajadoras sociales, con la finalidad de dar a conocer su contenido, informar a los usuarios sobre su aplicación y aceptación y, al mismo tiempo, que se constituyera en un modelo para luego aplicarlo en forma general en todo el país.

En la presente tesis, se pretende proporcionar una propuesta general de la introducción de la modernización en Guatemala, con elementos teóricos y vivenciales de trabajadoras sociales y pacientes del Hospital Roosevelt.

Para la realización de la presente tesis se planteó el siguiente objetivo general: Determinar las características de la intervención del Trabajo Social en el contexto de la modernización del Hospital Roosevelt.

## **Objetivos Específicos**

Determinar el promedio de fichas socioeconómicas que aplica el trabajador social.

Determinar el tiempo que emplea la trabajadora social en llenar las fichas socioeconómicas.

Determinar los motivos por los cuales el paciente y familiares no pueden dar el donativo.

Describir la atención social que se le brinda al paciente.

Determinar situaciones en que se da la orientación al paciente y familiares.

Qué cantidad de promoción y educación se le brinda al paciente y familiares por semana.

Describir las principales características de las rondas.

Enumerar las gestiones que realiza la trabajadora social en las rondas.

Enumerar y caracterizar la coordinación de las actividades médicas y de Trabajo Social.

10. Señalar la cantidad de charlas que ha recibido la trabajadora social sobre modernización hospitalaria durante el último año.

11. Describir las características del informe social que se presenta mensualmente.

12. Describir la forma de asignar el uso del hogar temporal.

Dichos objetivos se cumplieron en su totalidad, de donde se obtiene la información para mejor conocimiento de la modernización aplicada en el hospital y el tipo de intervención de las trabajadoras sociales.

Tomando en cuenta que la modernización, como parte de la globalización, es un proceso nuevo en Guatemala, tanto en su aplicación como en su recepción, no ha sido aceptada en su totalidad; siendo por ello que su aplicación en la generalidad de los servicios de salud ha sido cuestionada por todos los sectores.

Con esta investigación se aportan elementos que pueden servir de base para análisis, en las diferentes áreas de salud y como elemento de apoyo, en donde se encuentran los factores causales que limitan su aplicación.

En la presente investigación se conoció la intervención y participación del Trabajo Social en la función de promoción, transformación y concientización, para establecer la proyección de este profesional en el área de salud.

La metodología que se utilizó para la investigación de campo fue la recolección y análisis de datos, utilizando las técnicas de acuerdo al objeto de estudio, la que condujo a la determinación de elementos propios del tema para poderlo utilizar como parámetros de las variables de estudio.

Para ordenar, recabar y registrar la investigación se utilizaron las técnicas de investigación bibliográfica, entrevista-observación, cuestionario, guía de entrevista, estadística y matemática para establecer comparaciones.

El proceso de la investigación se integró en forma correlacionada a la aplicación del método científico, con el fin de analizar lo relacionado con los efectos sociales en Guatemala, con la participación de instituciones del Estado y la intervención del trabajador social.

El método dialéctico fue fundamental para conocer los cambios sociales, progresos, limitaciones y aplicación de la modernización en Guatemala, estudiando su integración a la sociedad para su desarrollo; el método anterior permitió abordar el aspecto teórico-práctico en torno al tema de investigación y en los cambios, con base a modernizaciones, aplicada en otros países.

El proceso de investigación incluye la definición del problema, la recopilación de datos, análisis y conceptualización. El contenido general de la presente tesis está dividido en los siguientes capítulos.

Marco Teórico. Se analizan determinados conceptos que permiten un conocimiento general del tema objeto de estudio, proporcionando la fundamentación teórica necesaria para una mejor comprensión del mismo.

Situación de la Salud en Guatemala. Se describe la situación de la salud en Guatemala, en donde se hace una reseña de la aplicación de atención médica en salud, la prevalencia de los focos de infección en la población de Guatemala, las políticas de salud y la aplicación del proceso de modernización en el sector salud.

Antecedentes de Trabajo Social del Hospital Roosevelt. Está dedicado a la formación teórica de las Trabajadoras Sociales y al análisis de su práctica en el Hospital Roosevelt, incluyendo todo lo relacionado a la aplicación de la modernización y su aceptación, por parte de la población usuaria.

Análisis, Interpretación y Presentación de la Investigación de Campo. En donde se hizo una investigación a 15 Trabajadoras Sociales por medio de una encuesta, con preguntas de fácil respuesta, para luego presentarlas en cuadros estadísticos para una mejor interpretación.

**Capítulo 5.** Propuesta del Plan de Trabajo a realizarse con Trabajadoras Sociales y Personal del Hospital Roosevelt en Programas de Modernización.

Finalmente, se plantean las conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación, que son un aporte de beneficio para la población y de aplicación en la modernización en el área de salud, así como la bibliografía utilizada.

La presente tesis no hubiese sido posible realizarla sin la colaboración de las trabajadoras sociales del Hospital Roosevelt, quienes en cada momento orientaron y facilitaron la investigación.

# CAPITULO 1

## MARCO TEORICO

### 1.1 La Modernización del Estado

Uno de los aspectos más importantes en la modernización del Estado es la transformación del aparato estatal central, en un instrumento que le permita una efectiva conducción global de sus acciones y que garantice una eficiente formulación, aprobación, descentralización y evaluación de sus políticas públicas.

La modernización del sistema político-democrático y en particular, del aparato institucional, es necesario para garantizar representatividad, transparencia en el sistema electoral y en alguna forma, de la voluntad colectiva; se expresa en la creación de mecanismos que articulan los intereses dentro del sistema político.

Un elemento fundamental de la modernización que se vincula directamente con la transición democrática, es que su tratamiento no puede aislarse de las medidas relacionadas con la profundización y extensión de la democracia en los ámbitos político, económico, social y cultural, sin que se diera solución al conflicto armado interno.

A su vez la falta de una política de desarrollo institucional que refleje las metas acordadas, sino al contrario reproduce la ineficiencia y debilidades del proceso de ajuste económico; esta situación da al proceso de modernización del Estado un carácter subordinado. Y no encamina en forma autónoma, al mejoramiento del sistema administrativo.

La falta de estrategias que definan prioridades y orienten la asignación de los recursos del sector, en forma eficiente y equitativa, las necesidades de salud, determinan las condiciones en que generalmente se ha desenvuelto el mismo y que le han merecido el calificativo de ineficiente.

## **Modernización en el Area de Salud**

La modernización en el área de salud es positiva por sí misma; no obstante, se considera que sin el acompañamiento de reformas en otros sectores básicos de la sociedad, la consolidación de la democracia, la construcción de un Estado de derecho, la eficiente ejecución de políticas macroeconómicas, sus resultados serían precarios y difíciles de sostener en el mediano y largo plazo.

El Estado ha venido redefiniendo su intervención en el área económica, intentando fijar reglas de juego para los nuevos agentes económicos y sociales, a través de políticas macroeconómicas que han perseguido una estabilización compatible con el crecimiento.

Aunque este último propósito ha sido cambiado y el país continúa inestable en sus principales variables, el proceso ha desatado una serie de cambios institucionales que es preciso considerar en el análisis de la modernización del Estado.

### **Sector Público en Salud**

El sector público es un sistema de servicios que enfatiza la atención curativa de alto costo en hospitales, en detrimento de actividades en salud preventiva de reconocida efectividad con relación a sus costos.

La modernización del sector salud no es responsabilidad exclusiva del gobierno, sino que se requiere también de la decidida y valiosa participación del sector privado, tanto en lo que concierne a complementar los recursos financieros, como a su participación en la prestación de servicios administrativos y al suministro de servicios de salud.

El tema ha sido estudiado desde el punto de vista de la situación económica que presenta la población que se atiende, la cual en su mayoría está en condiciones de extrema pobreza, ya que no cuenta con los medios económicos suficientes para poder pagar una consulta médica, mucho menos una hospitalización quirúrgica y compra de medicina.

Indudablemente, la población al no conocer el contenido del modelo de la modernización de la salud y los alcances de proyección, tiende a rechazarlo y

desprestigiarlo; por ello se hace necesario que el trabajador social informe a los usuarios, con el fin de que conozcan el modelo de modernización con los alcances inherentes al mismo y los utilice adecuadamente.

La participación del trabajador social en el campo de la salud es necesaria, como apoyo a la población que no tiene acceso a salud con limitación económica.

El trabajador social tiene, entre otras funciones: organizar a la población y orientarla de acuerdo a sus derechos y obligaciones en el campo de la salud; su función es variada y específicamente debe verificar la situación social y económica del paciente y así determinar el monto del donativo de conformidad con sus ingresos económicos y el servicio a recibir.

### **Sistema Integrado de Atención en Salud -SIAS-**

El SIAS lo constituye el sistema nacional de servicios de salud. Está integrado por tres niveles de atención, que inicia desde la familia, hasta en la comunidad.

Este primer nivel se considera como un conjunto de Servicios Básicos de Salud, llegando hasta los hospitales especializados donde se presta atención en salud de mayor complejidad.

#### **Primer nivel de atención**

Corresponde a la comunidad a través del personal comunitario capacitado, tales como: guardianes o promotores de salud, comadronas tradicionales y capacitados; técnicos en salud rural o auxiliares de enfermería y Centros Comunitarios.

Los usuarios son el niño y la niña, la mujer, ancianos/as, la población en general y el ambiente; en dicho nivel, se brindan servicios básicos como primeros auxilios, partos, inmunizaciones y principalmente, se cuentan los esfuerzos hacia la prevención de las enfermedades mediante la ejecución de actividades informativas y educativas, fundamentalmente en temáticas relacionadas con nutrición, alimentación, higiene y prácticas de saneamiento.

En el desarrollo de la prestación de los Servicios Básicos se incluye la Educación y Promoción de la Salud y la Movilización de recursos.

Por su parte, los grupos organizados que participan en el sistema tienen las siguientes responsabilidades:

Identificar áreas geográficas que aún no tienen acceso a los servicios de salud.

Prestar, con el apoyo del personal comunitario, los Servicios Básicos de la salud -SBS a estas áreas.

Llevar al día el sistema de información.

Las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a este respecto son:

Trasladar los recursos financieros y en especie que complementan los que poseen los grupos organizados.

Capacitar a los equipos responsables de la prestación de servicios.

Normar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios.

### **Segundo nivel de atención**

Lo constituye la consulta médica, para atender la demanda de la población y las referencias del primer nivel en Centros de Salud, Hospitales departamentales del Ministerio de Salud y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -I.G.S.S.-

Proporcionan servicio de inmunizaciones, primeros auxilios, control prenatal y pediátrico, partos normales, cirugías menores, exámenes de laboratorio rutinarios, así como algunos tratamientos ambulatorios.

### **Tercer nivel de atención**

Lo constituyen los servicios especializados que no pueden resolverse en el segundo nivel, brindados en los hospitales de referencia nacional del Ministerio de Salud, del IGSS o privados.

En este nivel se atienden áreas como cirugías mayores, partos complicados, exámenes de laboratorio más especializados y casos que ameritan tratamientos ambulatorios y aquellas cuya naturaleza no puede ser atendidas en las instancias anteriores, tomando en consideración que la mayoría de éstas adolece de equipo médico quirúrgico que amerita una atención más especializada.



Cabe mencionar, que tanto el funcionamiento, como la inversión correspondiente al 2do. y 3er. Nivel de Atención, son cubiertas mediante la asignación presupuestaria que anualmente recibe el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La población beneficiaria únicamente efectúa un pago simbólico por el servicio a recibir.

### **Características Socioeconómicas de Guatemala**

Una alta concentración de riqueza en pocas manos, un sistema educativo obsoleto que evidencia el atraso social y las pocas posibilidades de desarrollo productivo y humano, los altos niveles de desempleo y subempleo no permiten, a una significativa parte de la población, obtener ingresos para satisfacer sus necesidades básicas, mucho menos poder contar con recursos económicos para atender los problemas de salud, lo que evidencia el subdesarrollo y dependencia en la que se encuentra nuestro país.

De esa cuenta, el principal problema radica en que los servicios de atención de la salud no se prestan en forma eficiente y oportuna, contribuyendo a esta deficiencia del servicio, la baja cobertura, pues el sector salud no es capaz de abarcar en forma adecuada a toda la población, debido a la ausencia de los recursos en áreas prioritarias.

Los guatemaltecos afrontan una crisis económica y social, una situación de recesión económica, de deuda externa; la disminución de la inversión privada, fuga de capitales, el aumento de tensiones sociales, la violencia imperante, el desempleo, carencia de tierras y de capital, y presiones económicas internacionales, lo cual ha contribuido al deterioro de sus condiciones de vida, a tal grado que el 80% vive en condición de pobreza.

Las principales características sociales y económicas del país pueden resumirse, en un sistema político con que repercuten, en el funcionamiento de la sociedad, en un marco jurídico que contiene imperfecciones evidentes, en la violación de los más elementales derechos humanos y en una participación social en un sistema económico que se caracteriza por la inequidad.

La falta de recursos económicos de la mayoría de guatemaltecos que viven en condiciones de extrema pobreza, determina que no puedan asistir a consulta médica a los hospitales nacionales.

En tal sentido, el problema de la modernización en el sector salud tendrá efectos positivos, en la manera en que se descentralicen los servicios de salud y se orienten acciones de una manera prioritaria hacia la prevención de las enfermedades, con las consecuencias positivas que ello implica para la población en general y para el sector salud en particular.

## CAPITULO 2

### SITUACIÓN DE LA SALUD EN GUATEMALA

El Estado de salud de la población guatemalteca se manifiesta en la prevalencia de las enfermedades infecciosas, las asociadas con la falta de saneamiento ambiental, la desnutrición, que están entre las principales causas de muerte; que se derivan como consecuencia de la escasa cobertura de los programas de salud, saneamiento del medio y nutrición, entre otras.

En efecto, los programas de atención binomio madre-niño, llegan a una mínima parte de la población, el control de las infecciones intestinales cubren el 20.0%, las infecciones agudas respiratorias (IRA), son tratadas en un 28.0% de su incidencia total y al 41.0% de los niños menores de 5 años se les lleva un control de su crecimiento y desarrollo.

El sector público de salud ante las crisis financieras del Estado, se ha visto limitado para ampliar su cobertura, no sólo en lo referente a la salud, sino también en la Seguridad Social. En este último caso, la insolvencia de pago de las aportaciones patronales del sector privado y del gobierno central ha abierto más la brecha entre la demanda de servicios y la oferta de los mismos, los cuales se han visto afectados por el proceso de informalización de la economía.

En consecuencia, las acciones se deben orientar hacia la organización de los recursos con base a criterios técnico-funcionales, geográficos, públicos y estratégicos.

Lo anterior podría definir un plan de acción para la puesta en marcha de la reorganización, en la cual se incluya costo incremental, estrategias para su ejecución, resultados, cuadros de mando, etc.

Asimismo, se deben preparar manuales de funciones, normas y procedimientos que permitan la reestructuración institucional, que debe ser congruente con la transformación sectorial, por lo que debe preverse que el proceso de descentralización sea gradual, progresivo y flexible, con el propósito de mantener control sobre sus debilidades y fortalezas que al final definan los factores de cambio.

Debe tenerse en cuenta, al definir la estructura orgánica, que ésta debe responder al nuevo modelo de atención en salud, en el cual la participación de la comunidad, ONG's y sector privado es esencial para el éxito del sistema de salud, siendo imprescindible contar con unidades orgánicas para promover, seleccionar, negociar y dar seguimiento a esta participación, lo que ayudará a implementar el nuevo modelo de atención en salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

## **2.1 Los Objetivos en el Sector Salud**

Los problemas que enfrenta Guatemala en materia de salud son la mortalidad infantil, la materna y las enfermedades originadas por falta de saneamiento ambiental y domiciliario.

El Plan de Acción de Desarrollo Social (PLADES) tiene una programación de metas a cumplir para el período 1996-2000, con las cuales se pretende reducir la incidencia de enfermedades diarreicas y la prevalencia de las enfermedades respiratorias en menores de 5 años, así como institucionalizar la atención para el período de crecimiento y desarrollo del niño/a; incrementar coberturas de inmunización de BCG, DTP y sarampión; disminuir la mortalidad neo-natal; establecer el control periódico oportuno del embarazo y aumentar la cobertura de inmunización de tétanos en mujeres embarazadas, (ver cuadro 1).

### **CUADRO # 1**

#### **METAS DE PLAN DE DESARROLLO SOCIAL EN SALUD PREVENTIVA EN EL PERÍODO 1,996-2,000**

---

METAS	1996	2000
Mortalidad Infantil (x1000)	42	34
Mortalidad Materna (x10, 000)	9	6
Acceso a Agua Potable (%)	95	100
Acceso a Saneamiento Ambiental (%)	70	90
Cobertura de Inmunización (BCG, Polio, DTP y Sarampión)	90	100
Cobertura de Inmunización para el Tétanos en Mujeres Embarazadas	60	80
Porcentaje de Nacimientos Atendidos por Personal Entrenado	60	75

Fuente: PLADES, 1994

Las políticas gubernamentales se orientan a disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad infantil y materna, mejorar las condiciones de la mujer y disminuir la morbilidad y mortalidad causada por diarreas agudas y el cólera.

Para 1996 se contempló disminuir la mortalidad por enfermedades diarreicas en 20%, entre los niños/as menores de cinco años y en 35% para el año 2000, así como disminuir en 15% la incidencia de enfermedades respiratorias y en 33% para el año 2000.

A pesar de las metas programadas para el período 1990-1996, no se ha percibido un mejoramiento sustancial en los indicadores de salud, lo que significa que algunas metas no han sido realistas. Una programación financiera de las acciones requeridas es el elemento de importancia que está faltando para asegurar el logro de las metas.

Además de las metas que aparecen en el cuadro 1, el mismo indica que las políticas están encaminadas a institucionalizar el control periódico del niño/a y controlar el 80% de los casos de cólera para 1996. Todas estas metas han sido definidas en el PLADES.

A continuación se dan a conocer los objetivos, políticas, estrategias y metas en el sector salud:

## **Objetivos**

“El PLADES se modifica de acuerdo al desenvolvimiento de los programas gubernamentales y de los indicadores sociales. La revisión de 1996 determinó como objetivos del plan los siguientes:

Ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud, especialmente en las áreas rurales y urbanas marginales, en beneficio de los grupos más vulnerables.

Reorientar la acción del sector hacia la salud preventiva y promocional, la asistencia primaria en salud y los programas de educación familiar.

Mejorar la calidad de los servicios, especialmente mediante su adecuación a las necesidades locales y al entorno cultural de las diferentes regiones del país y asegurar la sostenibilidad financiera de los mismos”.<sup>1</sup>

## **Políticas**

Para el cumplimiento de estos objetivos, se plantean las políticas siguientes:

Orientar las condiciones de salud, para alcanzar un mayor grado de bienestar y no únicamente para asistir enfermedades.

Favorecer el acceso de la población a los servicios de salud, mediante un aumento en la cobertura y promoviendo la responsabilidad familiar.

Reformar el sector de salud pública, para hacerlo más efectivo y equitativo.

Modernizar la administración y mejorar la eficacia de los servicios asistenciales.

Promover la participación de las comunidades, de las ONG's y de la empresa privada en las soluciones a los problemas de la salud.

Ampliar los programas de IGSS en su modalidad curativa y preventiva.

## **Estrategias**

Las estrategias gubernamentales en este sentido son las siguientes:

---

<sup>1</sup> Revista Crónica, La Nueva Cruzada de la Iglesia al Neoliberalismo, Edición PLADES, Junio, Guatemala, 1996. P. 34-36

Desarrollar un nuevo modelo de atención, fundamentado en las acciones de las unidades locales.

Conducir estudios socioeconómicos para determinar las acciones estratégicas para cada espacio geográfico.

Desarrollar e integrar recursos humanos para satisfacer necesidades locales.

Transformar la oferta de servicios al interior de las comunidades, generando autocuidado y propiedad.

Fomentar la participación comunitaria para asegurar el éxito del nuevo modelo de salud.

Contribuir a la formación de comités, patronatos y cooperativas que asuman la responsabilidad del autocuidado de la salud.

Implementar acciones específicas de prevención y promoción de salud, de acuerdo a los problemas locales.

## **Metas**

La redefinición de las metas en el sector salud para el período 1996-2000, con respecto a las que se muestran en el cuadro 1 es la siguiente.

Destinar 65% del gasto público en salud, a la atención preventiva y 35% a la curativa.

Reducir la mortalidad infantil a 34 por cada mil nacimientos vivos.

Reducir la mortalidad en menores de cinco años, a 50 por cada mil nacidos vivos.

Reducir la mortalidad en menores de cinco años por enfermedades diarreicas, a 5 por cada mil nacidos vivos.

Reducir la mortalidad materna a 10 por cada 10 mil nacidos vivos.

Reducir la mortalidad neonatal a 13 por cada mil nacidos vivos.

Disminuir en 66% las muertes por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años.

Incrementar en 60% los nacimientos atendidos por personal entrenado.

Alcanzar un 45% de control periódico de los embarazos.

Erradicar la poliomielitis para el año 2000.

Eliminar el Sarampión para 1998.

Lograr una cobertura de 80% en la inmunización antipolio, DTP, antisarampión y BCG y 50% en la inmunización toxoide tetánico.

Incrementar el control periódico de crecimiento y desarrollo del 60% de los niños/as menores de 5 años.

Entre los elementos que también merecen ser tomados en cuenta dentro de las estrategias del sector, están las evaluaciones a la eficiencia de los hospitales públicos, la evaluación de la coordinación que existe entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el IGSS y la puesta en marcha de un programa de medicinas genéricas, que permita abaratar el costo de los medicamentos en general.

### **2.1.2 Mortalidad Infantil, Mortalidad Materna, Nutrición, Inmunización.**

#### **“Índice de Mortalidad Infantil**

Para la primera parte de esta década la mortalidad infantil se había calculado en 48 por cada mil niños nacidos”<sup>2</sup>, pero en estudios de la Organización Panamericana de la Salud -OPS-, la mortalidad infantil era de 51 mil nacimientos en 1994.

“La actual tasa de mortalidad infantil es la más baja que ha alcanzado el país históricamente; sin embargo, sigue siendo una de las más altas cuando se compara con las que prevalecen en otros países.

La mortalidad infantil está relacionada con el nivel educativo de los padres y especialmente el de la madre, así como con la pobreza, el saneamiento ambiental y el suministro de agua.

La mortalidad infantil es alta en poblaciones con bajo nivel de escolaridad y altos índices de pobreza. Los avances logrados en algunos de estos sectores, como el suministro de agua potable hacen suponer que la mortalidad infantil seguirá disminuyendo.

---

<sup>2</sup> United Nations, “World Population Prospects”, the 1992 Revision, P. 39-41.



Sin embargo las condiciones de higiene y la calidad de agua potable, siguen siendo factores preponderantes en la incidencia de enfermedades diarreicas y respiratorias en menores de 5 años.

Las primeras causas de mortalidad infantil en 1992 las representan las enfermedades intestinales<sup>3</sup> (30%), luego las respiratorias (23%), las perinatales (20%) y las relacionadas a la desnutrición (17%). Las metas gubernamentales en este sentido se muestran en el siguiente cuadro.

---

<sup>3</sup> OPS, OMS, Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud, México, marzo 1995, P.19

**CUADRO #2**  
**METAS PARA LA REDUCCIÓN DE ENFERMEDADES**  
**DIARRÉICAS Y RESPIRATORIAS PARA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS**  
**(1996)**

PRODUCTO	UNIDAD	METAS FÍSICAS
Letrinas	Habitantes	345,400
Agua Potable rural	Habitantes	345,400
Agua Potable Urbana	Habitantes	5,000
Clorinización de Aguas	Cabeceras municipales	60
Control de Calidad de Alimentos	Porcentaje de Cobertura	50%
Acciones Comunitarias para Reducir las Enfermedades Respiratoria Agudas (Programas Radiales)	Población	6,709,200
Atención al 40% de los Menores de 5 años por IRA (menores desprotegidos)	Niños/as	2,412,900
Educación a Comunidades Rurales sobre IRA	Comunidades	600
Dotación de Medicamentos Esenciales a Puestos de Salud, Farmacias Nacionales, Municipales y Locales.	Porcentaje de cobertura de población rural	60

Fuente: PLADES, 1994.

Por otro lado, la falta de acceso a sistemas formales de educación y la pobreza extrema en la que vive gran parte de las poblaciones indígenas (condiciones que limitan el acceso a saneamiento y salubridad), hacen que sea de esperarse que la tasa de mortalidad infantil en estas poblaciones sea más alta que en el resto del país.

**Las tasas de Mortalidad Infantil y Materna** en Guatemala (ver cuadro 3) son altas en comparación con las que prevalecen en el resto de la región centroamericana (51 por cada mil niños nacidos y 25 por cada 10 mil nacimientos, respectivamente).

Las condiciones de ruralidad, el bajo nivel educativo, la pobreza y la falta de acceso a servicios preventivos de salud, son las principales causas de estas altas tasas.

El sistema público de salud al igual que el de educación, deben de aumentar sus esfuerzos para lograr tener una población más sana y educada, que permita aumentar en el futuro inmediato los niveles de vida de la sociedad guatemalteca, que representa la mejor garantía de sostenibilidad de bajas tasas de mortalidad, tanto infantil, como materna.

**La esperanza de vida** actualmente llega a los 60 años, sin embargo, esta es la cifra más alta en la historia de Guatemala, lo que indica que a pesar de que las condiciones socioeconómicas de gran parte de la población son difíciles, se han logrado avances en salud preventiva.

**Inmunizaciones.** A pesar de los logros de la década de los ochenta y de principios de esta década, la cobertura de vacunación sigue siendo deficiente, pues las coberturas contra la poliomielitis y el sarampión no llegan a cubrir el 75% de los niños/as.

**Nutrición.** En 1987 la encuesta demográfica de salud y nutrición reveló que la desnutrición de niños/as en las áreas rurales era 40% más alta que en las áreas urbanas, lo cual es consistente con el hecho de que el mayor número de pobres se encuentra en las áreas rurales. Sin embargo, en el área metropolitana aproximadamente el 25% de la población consume una cantidad calórica por debajo de lo requerido.

“Por otro lado, la desnutrición entre niños/as indígenas que es 40% más alta que entre madres educadas y muestra la relación que existe entre desnutrición, pobreza y educación.

En 1990 el porcentaje de desnutrición entre los niños/as en edad escolar era de 37%, siendo las deficiencias de yodo, de vitamina A y de hierro las más importantes. La mala alimentación deteriora el sistema inmunológico de los infantes, haciéndolos más susceptibles a padecer de enfermedades diarreicas y respiratorias”<sup>4</sup>, que

---

<sup>4</sup> Plan de Desarrollo Social, Secretario General del Consejo de Planificación Económica, “Desarrollo Humano, Infancia y Juventud”, Guatemala, 1991. P.43. Las enfermedades respiratorias y las infecciones intestinales son las causas más comunes de muerte y tienen una fuerte relación con los déficit nutricionales.

eventualmente pueden provocarles la muerte. La revisión de PLADES de 1996 ha definido las metas a seguir en materia de nutrición, sin embargo, estas deben contar además, con una programación presupuestaria que tome en cuenta la situación fiscal del país, para tener una idea clara de la posibilidad de que estas metas sean realmente alcanzables para el año 2000.

### CUADRO # 3

#### TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA

PAÍS	Mortalidad Infantil 1990-1995 (x 1000 nacimientos)	Mortalidad Materna 1998 (x 10,000 nacimientos)
Guatemala	51	25
El Salvador	45	20
Honduras	43	22
Nicaragua	52	20
Costa Rica	14	4
Panamá	25	6

Fuente: "Los Indicadores del Desarrollo Humano del Istmo Centroamericano", PNUD, Centro América, 1994, tabla 9," World Population Prospects" the 1992 Revisión, Unidad Nations.

Las metas son las siguientes:

Elevar el porcentaje de lactancia materna a un 80%.

Reducir la anemia por deficiencia de hierro a 50%.

Reducir a 25% la desnutrición en niños menores de 5 años.

Reducir las perdidas de ayuda alimentaria a 0%

Desarrollar un programa de educación alimentaria nutricional para las madres.

Introducir la educación alimentaria dentro de la educación formal.

Las enfermedades transmisibles son la principal causa de demanda de atención ambulatoria. Guatemala, al igual que la mayoría de los países de la región

centroamericana, se encuentra en etapa de transición epidemiológica, en donde las causas de morbilidad por enfermedades propias de países subdesarrollados se reemplazan por enfermedades crónico-degenerativas que son más propias de países industrializados.

Esta transición es el producto de un proceso de urbanización, de mejoramiento de las condiciones sanitarias y de accesibilidad de agua potable en general. Entre las enfermedades que más afectaron la población de Guatemala en 1994 está **la malaria**, que tiene mayor incidencia en las tierras bajas.

También ese año los casos de **cólera** fueron altos, considerando que en la década anterior no hubo casos de cólera. Aunque los casos de SIDA parecen haber sido menores que los registrados en otros países centroamericanos, no existen registros confiables de cuantas personas están realmente contaminadas con el virus que provoca el SIDA. El cuadro 4 muestra los casos para algunas enfermedades.

**CUADRO # 4**  
**CASOS DE ALGUNAS ENFERMEDADES**  
**TRANSMISIBLES**

ENFERMEDAD	CASOS
Casos de Cólera (1994)	4,227
Casos de Malaria (1994)	22,057
Casos de Dengue (1992)	1,282
Casos de SIDA	12

Fuente: Indicadores Básicos, OPS. OMS, 1995.

Las enfermedades respiratorias agudas siguen siendo la principal causa de morbilidad, seguida por las diarreicas. Estas enfermedades propias de países que se encuentran en vías de desarrollo y la relativa menor incidencia de enfermedades crónico degenerativas. Esto muestra que Guatemala va rezagada en la transición epidemiológica que se está dando en Centroamérica y que todavía hay mucho por hacer en cuanto a mejorar los servicios de salud primaria y salud preventiva.

Las primeras causas de mortalidad general la representan las enfermedades infecciosas intestinales, neumonía, enfermedades con síntomas mal definidos, afecciones perinatales y deficiencia en la nutrición.

### **Evolución y Estado del Gasto en Salud**

Al igual que el gasto social en educación, **El Gasto Público en Salud** es bajo como porcentaje del PIB, alrededor de 1%. Durante el período 1990-1993 este porcentaje fue aún inferior al 1%, lo cual constituye uno de los promedios más bajos de todo el Continente Americano.

Considerando que la economía de Guatemala no ha tenido ningún deterioro brusco en el mismo período, esta baja porcentual en el financiamiento del sector es desafortunada ya que el país ha vivido por mucho tiempo con déficit de servicios de salud, las poblaciones más vulnerables son las que han sido más perjudicadas.

La ejecución del gasto es inferior al presupuesto programado que en 1994 fue el 1.5% del PIB. El cuadro 5 muestra la evolución de este gasto durante el período 1986 - 1995.

#### **CUADRO # 5**

##### **GASTO SOCIAL EN SALUD Y COMO PORCENTAJE DEL GASTO SOCIAL Y EL PIB (MILLONES DE QUETZALES DE 1994)**

<b>Año</b>	<b>86</b>	<b>87</b>	<b>88</b>	<b>89</b>	<b>90</b>	<b>91</b>	<b>92</b>	<b>93</b>	<b>94</b>	<b>95</b>
Gasto Social	438	521	670	651	408	498	586	638	693	1063 m
%del Gasto Social	19	25	30	28	27	27	27	21	22	32 m
% del PIB	1.3	1.1	1.4	1.3	0.9	0.9	1	1	0.93	1.7 m

Fuente: Balsells, Consultoría sobre Trabajo Social para RUTA Social, 1995, y Estadísticas Banguat, MINFIN, 1995. m: Meta.

**El gasto en salud como porcentaje del gasto público** se ha mantenido por debajo del 10%. Este porcentaje es un indicativo que las políticas del sector social, han tenido menos peso en Guatemala que en el resto de la región centroamericana, en cuanto a la distribución del presupuesto del Estado.

Los demandantes de servicios de salud pública, en la mayoría de los países, no representan grupos de presión que puedan influenciar la distribución del gasto público. Las presiones para aumentar el gasto en salarios la mayoría de las veces vienen de los empleados del sector, pero estos aumentos no están destinados a la cobertura, sino a compensar la pérdida del poder adquisitivo de los trabajadores del área.

Las políticas de gasto social deben de tomar en cuenta, una programación financiera hecha con base en los objetivos y metas de bienestar que se desea alcanzar para la sociedad guatemalteca. Las programaciones para los años 1994 y 1995, han aumentado gracias a la importancia relativa ganada por el sector, la cual ha sido manifestada en las cumbres presidenciales de la región centroamericana en donde se ha resaltado la importancia de mejorar los niveles de educación y los indicadores de salud.

Con frecuencia las Inversiones no se hacen de acuerdo con las prioridades del sector. Los montos que se asignan a las inversiones en saneamiento ambiental varían año con año, pues no existe una política de largo plazo para hacer estas distribuciones.

Es necesario tener dos tipos de planificación: una de largo plazo que esté de acuerdo con las metas que se trace el gobierno, así como una programación de corto plazo para resolver las necesidades más inmediatas.

Las inversiones directas en salud no han mantenido una tendencia de crecimiento en la primera parte de esta década; el comportamiento de este componente del gasto es más variable que el resto del gasto de salud. El cuadro 6 muestra la reciente evolución de las inversiones directas en salud.

**CUADRO # 6**  
**INVERSIONES DIRECTAS EN SALUD**  
(MILLONES DE QUETZALES DE 1994)

Año	1991	1992	1993	1994
-----	------	------	------	------

Inversiones Directas en el Sector de Salud	213.8	232.9	265.7	199.7
---	-------	-------	-------	-------

Fuente: Balsells, Consultoría sobre Trabajo social hecha para RUTA Social, 1995

Por otra parte, el Fondo Nacional Para La Paz (FONAPAZ), fue creado por el gobierno en 1991 para formular, orientar y coordinar proyectos que tienen por objetivo mejorar la calidad de vida de la población que ha estado expuesta a conflictos armados. Más de 10,000 comunidades localizadas en 9 departamentos están en el área de influencia de este programa. El aporte de FONAPAZ para el período 1992-1994 en el sector salud fue de 5.6 millones de quetzales en medicina preventiva, 2.5 millones en medicina de tratamientos, 0.5 millones en alimentación y nutrición, 2.5 millones en infraestructura, y 75.5 millones en saneamiento, el cual representa el mayor componente del presupuesto.

También hay contribuciones del **Fondo de Inversión Social (FIS)**, que procura que el gasto público hecho a través de ellos se traduzca en desarrollo social. Los proyectos aprobados por el FIS hasta agosto de 1994 representaban un gasto de 5 millones de quetzales.

Esta inversión fue bien asignada, ya que más de la mitad (63%), fue utilizada para proveer de sistemas de aguas a pequeñas comunidades rurales y urbanas y se incluyeron también otras inversiones (ochocientos mil dólares) muy apropiadas en un programa de letrinización para el área rural.

Otras inversiones se hicieron en programas de desparasitación, prevención y control de enfermedades, equipamiento y alimentación complementaria, que totalizaron quinientos mil dólares. Las mayores contribuciones de estos fondos de inversión al desarrollo social radican en una mejor capacidad de ejecución de proyectos focalizados a los más necesitados.

La importancia de los fondos de inversión social se ha hecho sentir en la rápida ejecución de proyectos, tanto en el sector de educación como en el de la salud.



Sin embargo, existe la necesidad de focalizar estas inversiones, lo cual aún requiere el mejoramiento para que los proyectos se hagan en beneficio de los más pobres. La sostenibilidad de los proyectos debe mejorarse también para lograr un mayor impacto de las inversiones.

El Plan de Desarrollo Social (PLADES), realizó una programación presupuestaria en la asignación de recursos para combatir enfermedades que inciden en la mortalidad infantil, enfermedades respiratorias, así como asignaciones para vacunaciones y otras inversiones de salud, (el cuadro 7 muestra la evolución de las asignaciones de PLADES).

#### **CUADRO # 7**

##### **ASIGNACIONES DE RECURSOS RELACIONADOS CON LAS METAS DEL PLAN DE DESARROLLO SOCIAL (MILLONES DE QUETZALES DE 1994)**

<b>Año</b>	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1995</b>
Reducción de Mortalidad Infantil	39.2	69.5	122.7	145.4
Enfermedades Respiratorias	5.4	45.4	10.3	54.2
Vacunación	9.8	3	16.9	0
Inversión en Salud relacionado con las Metas del PLADES	27.8	41.8	66.4	

Fuente: Balsells, Consultoría sobre Trabajo Social hecha para RUTA Social, 1995.

#### **2.1.4 Personal**

“Existe un déficit de personal especializado del área de la salud, el número de habitantes por médico era de 2.270 en 1990”<sup>5</sup> y representa uno de los números más altos de la región centroamericana.

También existe una gran cantidad de personas relacionadas con la salud como promotoras y comadronas, que suplen la necesidad de personal calificado en medicina en el área rural y el número de enfermeras auxiliares es mucho mayor que el de las enfermeras profesionales.

La falta de personal calificado, sobre todo en el área rural, se suple con personal empírico, que con poco entrenamiento enfrenta los desafíos del sector. Los problemas de mortalidad materna están fuertemente relacionados a partos fuera de centros asistenciales y, algunas veces, a la falta de servicios más especializados de atención curativa, que proveen solamente en los hospitales. El cuadro 8 muestra los recursos humanos con que cuenta el sector de salud público.

**CUADRO # 8**  
**RECURSOS HUMANOS EN SALUD PÚBLICA**

<b>PERSONAL</b>	<b>NUMERO</b>
<u>Personal de Servicios</u>	
Médicos	1,385
Odontólogos	125
Enfermeras	844
Enfermeras Auxiliares	5,321
<u>Personal Comunitario</u>	
Comadronas	12,270
Promotoras	14,01
<b>TOTAL</b>	<b>33,957</b>

Fuente: Estudio Básico del Sector Salud, MSP/OPS/BID, 1992.

Las deficiencias del sistema de salud, son el resultado de una falta de estrategia pública basada en las prioridades del perfil epidemiológico del país y de la falta de recursos financieros, para hacer frente a las nuevas necesidades del sector. La producción de servicios es deficiente en cantidad y calidad, la atención para los grupos de mayor riesgo es deficitaria y las personas de las áreas urbanas no tienen poco acceso al sistema público de salud.

---

<sup>5</sup> PNUB, Informe de Desarrollo Humano, Guatemala, 1984, P. 10

La gran mayoría del personal en el sector salud depende del gobierno, quien emplea al 72% de todos los empleados del sector. El sector privado emplea el 13.6%, mientras que el Instituto Guatemalteco de seguridad Social emplea al 12% del total del personal.

La poca participación del sector privado demuestra que aún cuando el gasto público en salud es bajo, la población depende del sector público. Los altos niveles de pobreza no permiten a la mayoría de la población tener acceso a un sistema privado, lo cual deben de tomar en cuenta al programar la expansión del presupuesto público en salud.

#### **2.1.5 Ganancias en Eficiencia en el Sector Salud**

Las ganancias en eficiencia en el sector, se pueden dar con el mejoramiento de la capacidad administrativa y gerencial de todos los servicios de salud, en especial de la parte relacionada a los servicios de atención curativa. Estas ganancias pueden aumentar el apoyo para la obtención de recursos necesarios para el logro de los objetivos del gobierno.

#### **2.1.6 Necesidades de Financiamiento en el Sector Salud**

Para el periodo 1997-2000, se requiere que se destine el equivalente al 6% del presupuesto de atención curativa al mejoramiento de los hospitales, lo que equivale a 80 millones de quetzales. El aumento de la cobertura de atención primaria a nivel nacional requiere de nuevas inversiones en centros de salud rurales con médicos y asistencia materno infantil.

La construcción mínima de 40 centros es necesaria y esto representa 100 millones de quetzales. Estas nuevas inversiones en salud significan que el actual presupuesto debe aumentarse en promedio de 15% anual durante los próximos 4 años. El cuadro 9 muestra estas inversiones.

### **CUADRO # 9**

#### **NECESIDADES DE FINANCIAMIENTO EN SALUD**

---

(MILLONES DE QUETZALES DE 1994)

ÁREA	1997	1998	1999	2000	COSTO TOTAL
Atención Primaria	40	60	80	100	280
Mejoramiento de Hospitales sistema gerencial de administración y mantenimiento	20	20	20	20	80
Infraestructura centros de salud y centros asistencia materno infantil	10	20	30	40	100
Total en Salud	70	100	130	160	460
Necesidades de Financiamiento/ presupuesto de Salud	9.50%	13.20%	16.70%	19.90%	15.00%

Fuente: Elaborado por RUTA Social, en base a una priorización de las metas de PLADES, teniendo en cuenta la capacidad de ejecución existente actualmente en el sector público.

Los elementos descritos deben partir de la definición de un nuevo rol para las dos instituciones, especialmente para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), a fin de que retome su papel de rector del sistema y que pueda así responder al desafío que significa planear, dirigir y evaluar la política de salud.

### Salud

Hasta fines del siglo XIX, nadie entendía por salud otra cosa que la ausencia de enfermedades. Desde comienzos del siglo XX se fue perfilando una noción positiva de la salud, considerada como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de dolencia o enfermedad, según la conocida definición de la Organización Mundial de la Salud.

Otra definición de salud, es: “Estado de equilibrio dinámico entre el organismo y el ambiente que mantiene las características estructurales y funcionales del

organismo dentro de límites normales para la formación de vida, en particular (raza, género, especie) y la fase particular de su ciclo de vida".<sup>6</sup>

## **Salud Mental**

Situación relativamente estable, en la cual el individuo ha logrado una integración de sus deseos instintivos en una forma razonablemente satisfactoria para sí mismo y que refleja en su amor a la vida y en su sentimiento de autorrealización. Para la mayoría de los individuos, la salud mental también implica un ajuste adecuado al ambiente social, revelado por la satisfacción derivada de sus relaciones interpersonales, así como de sus logros.

### **2.2.2 Política de la Ampliación de Cobertura**

La ampliación de cobertura está asociada a la puesta en marcha del nuevo modelo de atención que trasciende el concepto de salud - enfermedad y descansa en la atención primaria, que es dinámica y participativa, así como en los sistemas locales de salud. Dentro de este concepto, el fortalecimiento del primero y segundo nivel de atención es la base para garantizar el acceso universal a todos los servicios.

La prevención y promoción de salud como eje central de la universalización de los servicios, tiende a romper la barrera de la distancia y el tiempo que recorre la población para acceder los servicios, lo que es limitante para ampliar la cobertura con el modelo actual.

El éxito para ampliar la cobertura, especialmente en el segmento de población postergada, está relacionado con las acciones siguientes:

Incrementar la asignación de recursos financieros al sector y reorientar el gasto público hacia la prevención y atención primaria de salud.

Poner en marcha un modelo de atención, que transforme el enfoque biólogo y medicamentado hacia un enfoque de prevención, que descansa en la dotación de un paquete mínimo de servicios clínicos y de saneamiento ambiental. La

---

<sup>6</sup> Vamber Casas, Antonio, Estudio Básico del Sector Salud, Publicaciones Científicas y Técnicas de la Organización Panamericana de la Salud, 1942., P. 38 y 39.

definición de las acciones de salud en el nuevo modelo de atención, deben ser realizados con la comunidad beneficiaria en el marco de una programación local.

Las intervenciones de salud, así concebidas, permitirán la universalización en el acceso de los servicios, habría una mayor equidad en los riesgos, una mayor eficiencia y calidad en las acciones de salud. El paquete mínimo de servicios debe focalizarse en la atención a las madres, el infante y el preescolar que vive en el área rural y en las zonas urbanas-marginales.

Definir un nuevo papel para las instituciones públicas que prestan servicios de salud, a efecto de facilitar la participación concertada de proveedores privados en la producción y administración de acciones de salud.

La desconcentración y descentralización funcional permitirá concretar el traslado de autoridad del nivel central a los departamentos y municipios, así como a la comunidad organizada. Este proceso fortalece la capacidad de ejecución y da eficiencia a las actividades por su relación directa con la realidad local.

La ampliación de cobertura, vía convenios de participación público-privado, se fundamenta en un proceso de coordinación ínter e intrasectorial, por lo que se hace imprescindible emitir un instrumento legal que norme la coordinación entre instituciones públicas que prestan servicios de salud, a efecto de introducir orden, dirección y certidumbre en el sistema y evitar duplicación de esfuerzos y costos innecesarios.

Fortalecer el sistema local de vigilancia de salud, para identificar los riesgos de contraer una enfermedad o la evolución de esta incidencia y prevalencia del deterioro biológico y ambiental; a efecto de tomar decisiones sobre las acciones de prevención y/o rehabilitación de la salud de los agentes locales.

Facilitar el acceso a medicamentos esenciales del primer nivel y a plantas medicinales de reconocida efectividad, a través del expendio de productos farmacéuticos y naturales originados de un proceso de gestión comunitaria.

Para dar sustentabilidad a esta actividad, es necesaria la participación activa de los beneficiarios coordinando acciones con el sector institucional, ONG's,

municipalidades y el mismo sector privado, a efecto de proporcionar un capital semilla en medicamentos que al venderse generen un flujo monetario que podría ser administrado como fondo revolvente.

La ampliación de cobertura también debe estar asociada, al fortalecimiento de la red social y de servicios de naturaleza pública y privada, a fin de ampliar la capacidad de respuesta de las unidades médicas y dar sustentabilidad al nuevo modelo con la formación de organizaciones de base comunitaria, ONG's, sector privado, que amplíen la base social.

### **2.2.3 Modernización en la Salud**

La Modernización en el Sector Salud en Guatemala, se inicia a partir de año 1996 y se ha orientado principalmente a la transformación de las políticas tendientes a disminuir los déficit de cobertura, servicio personal e infraestructura que actualmente presenta el sector; asimismo, se contempla la participación de los diferentes sectores poblacionales como la comunidad, la iniciativa privada y el sector público.

A continuación se describen los principales aspectos en torno a la modernización:

#### **2.2.4 Objetivos Generales**

Mejorar las condiciones de salud de la población.

Optimizar la capacidad técnica, administrativa y financiera del sector salud.

##### **- Objetivos Específicos**

Reorientar la prestación de los servicios de salud con base en un nuevo modelo de atención.

Extender la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud, focalizando la atención en los grupos humanos más postergados.

Fortalecer la readecuación y descentralización de la estructura órgano-funcional del MSPAS e IGSS, con el propósito de mejora la eficiencia y calidad de los servicios.

Incrementar el financiamiento y readecuar el gasto público de salud, en función del nuevo modelo de atención.

### **2.2.5 Estrategia**

La estrategia descansa en una reforma sectorial, orientada a poner en marcha el nuevo modelo de atención para obtener una mayor equidad en los riesgos de la salud y en el acceso a los servicios.

El nuevo modelo privilegia la atención primaria en salud, con base en un paquete mínimo de servicios básicos de salud, que es definido de acuerdo a la epidemiología local y con participación directa de los beneficiarios.

Una mayor equidad en el sistema de salud y un nuevo modelo de atención, requiere de una modernización de las estructuras institucionales con el propósito de conformar un modelo de administración descentralizado en el cual la capacidad de operación descansa en el nivel local, a fin de hacer eficiente y eficaz la presentación de los servicios.

Paralelamente, un mayor acceso a los servicios está asociado a una ampliación de cobertura fundamentada en un paquete mínimo de servicios básicos de salud, definido de acuerdo con la epidemiología local.

El paquete de servicios clínicos y de saneamiento ambiental, privilegia la atención materno infantil y se prevee la participación de oferentes privados para su entrega a los beneficiarios. La optimización de los servicios curativos y preventivos complementa la imagen objetivo del sector.

El mejoramiento en los procesos de gestión es condición para sustentar una transformación sectorial, en virtud de su incidencia en la eficiencia y eficacia del sistema de salud.

### **2.2.6 Políticas**

El conjunto de acciones delineadas para ejecutar la reforma sectorial da origen a una serie de lineamientos de política que gravitan en torno a:



El desarrollo institucional para generar capacidad resolutive en las estructuras fundamentales responsables de la salud, así como descentralizar la administración y operación de las acciones de salud.

La ampliación de cobertura para garantizar el acceso universal a los servicios de salud.

El mejoramiento de los procesos de gestión para apoyar la eficiencia del sector.

El desarrollo de los recursos humanos del sector.

#### **2.2.7 Metas**

La salud actual de Guatemala adolece de una baja capacidad de resolución de las estructuras institucionales, derivado de la ausencia de políticas efectivas que definan prioridades y de la baja capacidad para formular y ejecutar programas de salud.

Existe una desarticulación y descoordinación sectorial que incide en una ineficiencia de las acciones de salud, una centralización de los servicios y una mala administración de los recursos.

El resultado del actual modelo es una baja cobertura de los servicios de salud, derivada de la insuficiente asignación y administración de los recursos humanos, físicos y financieros; así como su atención básicamente curativo.

Es necesario modernizar la administración pública de la salud para:

- Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cumpla su función de rector del sistema.
- Dotar de capacidad la resolución de las estructuras institucionales.
- Desconcentrar y descentralizar la administración de los servicios.
- Facilitar la incorporación de proveedores privados de servicios de salud.
- Administrar servicios con modelos de eficiencia y eficacia.

Desarrollar un proceso de coordinación entre los sectores públicos, privados y ONG's para:

- Integrar horizontalmente las acciones de salud, para evitar duplicidad y desperdicio.

- Diseñar estrategias y políticas coherentes, orientadas a evaluar los problemas de salud.

- Fomentar la participación del sector privado en el financiamiento, administración y suministro de servicios de salud.

Incrementar la cobertura, calidad y eficiencia de los servicios de salud, mediante:

- Incremento del gasto público en salud y mejorar la calidad.

- Fortalecer la atención primaria en salud, con énfasis en acciones preventivas.

- Facilitar la incorporación de proveedores privados de servicios de salud.

- Fortalecer la participación de la comunidad en las actividades de la salud.

- Ofrecer un paquete mínimo de servicios básicos de salud, de acuerdo con la epidemiología local.

- Capacitar a los recursos humanos.

- Fortalecer los procesos de gestión en las áreas de la administración, planificación, negociación, operación, financiera, o información, seguimiento y evaluación de acciones de salud. El principio rector es el de centralización normativa y descentralización operativa.

### **2.2.8 Modernización en el Hospital Roosevelt**

La modernización del Hospital Roosevelt se ha concretado en las siguientes acciones.

Como consecuencia de la modernización se creó el Patronato de Asistencia Social en marzo de 1997, con el propósito de coadyuvar en la administración del mismo y brindar los servicios médico-hospitalarios a la población mediante un marco de eficiencia, calidad y oportunidad.

Dicho Patronato funciona en dos instancias: la directiva y la operativa. A nivel directivo se formulan y dictan los lineamientos generales para el funcionamiento del Hospital, contando con una estructura integrada por: 1 presidente, 1 vicepresidente, 1 tesorero, 1 secretaria y 2 vocales.

Por su parte el área operativa está conformada por 3 administradores; uno general que es el responsable de la ejecución de las políticas y acciones emanadas de

la instancia superior; 2 administradores por áreas, siendo estas: emergencia de adultos y Maternidad. Estos administradores tienen la responsabilidad directa del funcionamiento de cada una de las áreas que la competen.

En términos generales, el Patronato es el encargado de administrar los recursos que ingresan al hospital “vía donativos”, así como de la ejecución de las acciones orientadas al mejoramiento físico del mismo. Tal el caso de la remodelación de las instalaciones, adquisición de equipo médico-quirúrgico, de radiología y laboratorio.

Asimismo, el Patronato debe coordinar sus acciones técnicas y administrativas con la administración general del Hospital. A nivel operativo, se coordina con el médico residente y con el departamento de Trabajo Social, con el fin de determinar el mejor curso de las decisiones que se ameriten, siempre en función del mejor servicio al usuario/a.

Por otra parte, el proceso de modernización del hospital se ha concretado en las acciones siguientes:

Se amplió significativamente el espacio de las instalaciones de las áreas de maternidad, emergencia de adultos, cirugía, consulta externa y pediatría.

En términos generales, se mejoró la calidad de la infraestructura de las diferentes unidades, mediante la remodelación física de la cual fueron objeto.

Se adquirió equipo médico-quirúrgico actualizado, tal el caso de: aparato de tomografía y 3 aparatos de radiología.

Se sustituyó el laboratorio antiguo por uno más amplio, en mejores condiciones físicas y se tecnificó a través de la adquisición de equipo e instrumentos de laboratorio más precisos, rápidos y eficaces.

A nivel de recursos humanos, se han creado alrededor de 300 plazas nuevas, distribuidas en las distintas áreas especializadas como: enfermeras, trabajadoras sociales, médicos, personal paramédico y personal operativo.

Por otra parte, el servicio de farmacia que brinda el Hospital, fue mejorado significativamente, toda vez que fue ampliado el tamaño de la misma, lo cual permite contar con una existencia de medicamentos más grande y variada.

Asímismo, se proporcionan las medicinas a un precio inferior, en un 50%, al precio de mercado.

En los servicios de Consulta Externa, Maternidad, Pediatría, Cirugía, Emergencia de Adultos, labora una trabajadora social, la cual al momento de ingresar un paciente, realiza el respectivo estudio socioeconómico del mismo, el cual le sirve de base para solicitar el donativo derivado del proceso de modernización y que se constituye en el aporte que el paciente debe proporcionar, previo a que se le brinden los servicios médico- hospitalarios que requiere. Dicho donativo se determina por medio de una tabla de rangos de conformidad con el nivel de ingresos del paciente, como se presenta a continuación.

**CUADRO # 10**  
**HOSPITAL ROOSEVELT**  
**MONTO DEL DONATIVO SEGÚN NIVEL DE INGRESOS**

<b>Ingresos en Quetzales</b>	<b>Estrato Socioeconómico</b>	<b>Donativo en Quetzales</b>
Q. 100.00 a 500.00	Extrema pobreza	0 – 100
Q 501.00 a 1,000.00	Pobre	101 – 200
Q.1,001.00 a 1,500.00	Media	300 – 600
más de Q1,500.00	Alta	700 -1,200

Fuente: Estudios socioeconómicos del Hospital Roosevelt 1998.

Como se aprecia, el donativo puede ser de Q.100.00 hasta Q.1,200.00, de acuerdo al ingreso del usuario/a; sin embargo, tomando en cuenta que la mayor parte de la población que requiere los servicios del hospital es población pobre o extremadamente pobre, el pago del donativo representa un gran esfuerzo económico y puede generar en muchos casos que el usuario/a no pueda acceder a los servicios que requiere.

Por lo tanto, no se le brindan los servicios médicos necesarios, con las consecuencias negativas para la salud del guatemalteco/a por lo cual implica que;

constituye una seria violación a los derechos humanos, tal el caso del derecho a una vida digna y sana.

En términos generales, el proceso de modernización en el Hospital Roosevelt, mediante la creación del Patronato, ha tenido cambios importantes en cuanto al mejoramiento de las instalaciones, equipamiento y contratación de más personal. Todo ello debe repercutir en un mejor desempeño del que hacer del Hospital.

Sin embargo, los esfuerzos aún son pocos toda vez que con ello no se puede decir que se tiende al equilibrio de la oferta – demanda de los diferentes servicios médicos que diariamente son requeridos al hospital.

En consecuencia, se puede indicar que dicho proceso solamente constituye “unas cuantas acciones de cambio superficial”; la raíz de la problemática del Hospital Roosevelt y del Sector Salud en general debe ser atendida de una manera integral y por supuesto, comprende en todo caso, la voluntad política para la asignación presupuestaria al sector sea elevada considerablemente, de conformidad con las necesidades cada vez crecientes de los servicios de salud en el país, en función también del crecimiento de la población.

### **CAPITULO 3**

#### **ANTECEDENTES DEL TRABAJO SOCIAL DEL HOSPITAL ROOSEVELT**

La labor de Trabajo Social en el Hospital Roosevelt, se inicia el 3 de julio de 1957, fecha en la que queda establecido dentro de la estructura organizacional interna del Hospital, el Departamento de Servicio Social.

De acuerdo al primer reglamento del Hospital Roosevelt (1955), el Departamento de Servicio Social tenía una dependencia jerárquica de la Dirección Administrativa de la institución; durante tres años el Departamento funciona bajo los criterios dispuestos en el reglamento del hospital.

No fue sino hasta 1960, que el Jefe del Departamento elaboró el primer documento administrativo propio para la función del Trabajo Social denominado reglamento interno.

“De acuerdo al Proyecto de Reorganización Estructural Técnico Administrativo del Hospital Roosevelt, elaborado en el mes de marzo de 1984, por el Dr. León Arango Portillo, se establece el Departamento de Trabajo Social del Área de Salud, Guatemala; además del cambio, éste pasa a depender técnicamente de la Jefatura de Trabajo Social del Área de Salud, asimismo, es modificada la dependencia administrativa del citado departamento, pasando a depender de la Subdirección Técnica de Servicios de Apoyo.”<sup>7</sup>

Técnicamente pasa a depender de la Jefatura de Trabajo social del Área de Salud, en tanto que administrativamente, forma parte de la Subdirección Técnica de Servicios de Apoyo.

Como consecuencia de lo anterior, en los meses de octubre a noviembre de 1984 la Jefatura de Trabajo Social del Área Sur, en colaboración con la trabajadora social de la División de atención a las personas del DGSS, se realizó una evaluación al Departamento de Trabajo Social, a raíz de la cual se propuso una nueva estructura orgánica, la cual fuera implementada en el mes de enero del año 1999 y sirvió de base para la elaboración del Manual de Organización y Funciones.

Debido a que el Trabajo Social se ocupa de los asuntos de las personas, relacionados con la interacción de éstas con su medio ambiente físico y social; las

disciplinas como la Psicología, sociología, educación, historia, medicina, biología, economía, entre otras fueron y son fuentes que alimentan los conceptos que por esa situación ha sido difícil elaborar conceptos propios que expliquen en su totalidad, el fenómeno en estudio.

Sin embargo algunos conceptos son aceptados por la mayoría de los trabajadores sociales, cuando se trata de establecer un marco conceptual, así mismo tenemos dentro de estos elementos comúnmente aceptados y de acuerdo con los más recientes postulados, el Trabajador Social, el hecho de visualizar el fenómeno humano desde una perspectiva sistemática que a su vez es miembro de otros sistemas que tienen su propia dinámica afectándose unos a otros.

Las causas y los efectos de los problemas sociales son complejos, no es común de que sea una sola variable la causante de un problema en el sistema cliente, por ejemplo: es necesario pensar con el enfoque sistemático en términos de relaciones circulares, más que en términos de relaciones causales lineales.

### **3.1 Manual y Reglamento del Hospital Roosevelt**

#### **3.1.1. Propósito**

“Contribuir en la solución de problemas socioeconómicos y emocionales que interfieren en la recuperación y rehabilitación del paciente, realizando a la vez actividades de prevención.

#### **3.1.2. Objetivos Generales**

Participar desde el punto de vista de su competencia, en la formulación, ejecución de proyectos.

Promover el desarrollo de las capacidades y habilidades del paciente y auxiliarlo para el desarrollo de su proceso de orientación social, de tal manera, que le permita obtener soluciones frente a las dificultades sociales o de otra índole que se le presenten.

---

<sup>7</sup> Hospital Roosevelt, Reglamento, Guatemala, 1980, P. 4-10

Conocer las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología y el desarrollo de las enfermedades y consecuencias sociales, facilitando así, la determinación del tratamiento médico-social.

Contribuir al alcance e incremento de las coberturas en los programas de salud de la institución a través de la atención social a pacientes.”<sup>8</sup>

### **3.1.3.Objetivos Específicos**

“Fomentar en los/as pacientes una actitud favorable hacia el ambiente hospitalario, su tratamiento y cualquier otra situación de cambio.

Estimular al paciente para que participe activa y positivamente en su recuperación.

Disminuir al mínimo la tensión emocional del paciente ocasionada por su problema.

Orientar y capacitar al paciente y a su familia, con el fin de que participen como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud.”<sup>9</sup>

Participar en la atención médica, integral del paciente, fomentando y participando en el trabajo de equipo.

### **Funciones del Trabajador Social Encargado del Servicio**

#### **Funciones**

“Brindar atención social a pacientes del servicio asignado.

Realizar actividades de promoción y educación en salud, a pacientes y familiares del servicio asignado.

Realizar actividades de terapia en salud, a grupos de pacientes o familiares.

Participar en los grupos de trabajo organizados por la Jefatura del Departamento.

Participar en reuniones del módulo y en las del Departamento en general.

Coordinar con el personal médico, paramédico y administrativo de la institución, grupos voluntarios y otras instituciones, aquellas actividades que se orienten a satisfacer las necesidades de los pacientes.

Realizar rondas y participar en la visita médica en el servicio asignado, para la detección de casos e informar al cuerpo médico de la situación social del paciente.

---

<sup>8</sup> Hospital Roosevelt, Manual y Reglamento, Guatemala, 1960, P. 12-14.

<sup>9</sup> Ibid, P. 16-18



Impartir docencia sobre el tema de Trabajo Social a Trabajadoras Sociales.”<sup>10</sup>

“Informar a la coordinación del Módulo, de las actividades llevadas a cabo, así como de las necesidades del servicio asignado.

Realizar la programación mensual de las actividades.”<sup>11</sup>

### **Funciones del Trabajador Social de Turno**

Brindar atención social a pacientes de emergencia de adultos, emergencia de pediatría y maternidad.

Coordinar con el personal médico, paramédico y administrativo de la institución, grupos voluntarios y otras instituciones, aquellas actividades que se orienten a satisfacer las necesidades de los pacientes.

Realizar rondas en los servicios asignados.

Informar al Jefe del Departamento sobre las actividades llevadas a cabo, así como las necesidades del servicio de grupos voluntarios.

Realizar la programación e informes mensuales de las actividades del servicio.

Autorizar exoneraciones de vendas de yeso.

Informar al jefe de Departamento, sobre la utilización de los recursos asignados al servicio.

### **3.3 Trabajo Social Hospitalario**

“Es el ejercicio profesional que aplica el método científico en la ejecución de las acciones de Trabajo social, como integrante del equipo multidisciplinario, enfocando su atención en los factores sociales y emocionales que interfieren en la recuperación y rehabilitación del paciente, estimulando su capacidad físico-mental para la

---

<sup>10</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Reglamento de Reorganización, Guatemala, Octubre de 1984, P. 19-21

<sup>11</sup> Hospital Roosevelt, Reglamento de Trabajo Social de Organización y Funciones de Guatemala, 1977, P.22-24



participación en la solución de su problemática y así integrarlo a su grupo familiar. El Trabajo Social Hospitalario se proyecta a la comunidad a través de la estrategia de atención primaria en salud.”<sup>12</sup>

### **3.4 Método**

“La palabra método deriva de las voces griegas meta y odos. Meta, “hacia”, es una preposición que da idea de movimiento y odos, “cambio”, por eso, etimológicamente, método significa “camino hacia algo”, “persecución”, o sea, esfuerzo para alcanzar un fin o realizar una búsqueda. El método se define como el camino a seguir mediante una serie de operaciones, reglas y procedimientos fijados de antemano, de manera voluntaria y reflexiva, para alcanzar un cierto fin que puede ser material o conceptual un cierto fin que puede ser material o conceptual.”<sup>13</sup>

De acuerdo con estos diferentes fines y de acuerdo con la naturaleza de la cosa o hecho a estudiar, caben diferentes métodos. Sin embargo, no hay que incurrir en el error de pensar que para cada fin , existe un único método; si puede afirmarse que, entre todos los métodos hay uno más adecuado al fin propuesto.

Tampoco debe pensarse que los métodos son totalmente intransferibles, los métodos de una ciencia se usan en otras, o bien, puede decirse, también que hay métodos válidos para diferentes ciencias. Esto es lo que acontece muy particularmente con el Trabajo Social.

Por eso, hablar de métodos específicos de Trabajo Social es un modo de expresar que deberá usarse con mayor precisión y rigor. Diseñar estrategias y políticas coherentes orientadas a evaluar los problemas de salud. En el Trabajo Social se utilizan métodos para investigar-diagnosticar, métodos para programar, métodos para ejecutar y métodos para evaluar (se entiende métodos y sus correspondientes técnicas).

---

<sup>12</sup> Hospital Roosevelt, Op.Cit, Pág. 18

<sup>13</sup> Ander Egg, Ezequiel, Diccionario de Trabajo Social, Editorial Ecros, SRL, Buenos Aires, Argentina, 1974, P. 100-115

La conjunción de los mismos, adaptados a los objetivos específicos del Trabajo Social, constituye lo que podría llamarse (ahora sí dicho con propiedad) el “método o los métodos del Trabajo Social”. Pero buena parte de estos métodos y técnicas, el Trabajo Social lo toman de otras disciplinas.

La noción de método cubre varias significaciones. En primer lugar, hablar de método en sentido filosófico, corresponde al sentido más general o global del término y con él se hace referencia al conjunto de actividades intelectuales que, prescindiendo de los contenidos específicos, establece los procedimientos lógicos, formas de razonar, reglas, etc., que permiten el acceso a la realidad a captar.

A este nivel se habla de diferentes métodos (no todos excluyentes entre sí): intuitivo, dialéctico, trascendental, fenomenológico, semiótico, axiomático, reductivo, genético, formalista, por demostración, por definición, inductivo, deductivo, analítico, sintético, experimental, etc. Según las escuelas filosóficas, los métodos son reducidos a algunos de los que se mencionan.

Al método también se le ha de considerar como ligado a un dominio específico o particular, así se habla del método de la biología, del método de la sociología, del método o de los métodos del Trabajo Social, etc.

Cada uno de estos dominios da a conocer objetivos específicos y una manera de proceder que le es propia. La aspiración a un método básico, aplicable a todos los fenómenos, es sólo eso: una aspiración. No obstante, puede afirmarse que los métodos están emparentados entre sí y existen unos requisitos básicos a todo método que quiere ser científico.

### **3.5 Métodos de Intervención del Trabajo Social**

Desde que se planteó el problema de la reconceptualización del Servicio Social, se fue tomando conciencia de que los métodos tradicionales constituían esquemas conceptuales inadecuados a nuestra realidad.

A esta reformulación contribuyó una triple convergencia: mayor conocimiento de la realidad latinoamericana y nacional por parte de los trabajadores sociales; una

mayor maduración de las ciencias sociales, cuyos frutos también aprovechaban los profesionales del Servicio Social y la crisis de la profesión confrontada con nuevos problemas y nuevas exigencias.

A medida que se iba dando este proceso, los métodos tradicionales fueron apareciendo como insuficientes e incapaces de funcionar en la realidad. El divorcio entre la formulación teórica y la realidad de las prácticas concretas fue haciendo que algunos profesionales tomaran conciencia de que los métodos habían sido importados en forma acrítica, porque no se habían tenido en cuenta (entre otras cosas) las peculiares condiciones de nuestra realidad. Los nuevos problemas se transformaron en una iniciativa a replantear las cuestiones concernientes a los métodos.

Como consecuencia de todo esto, se vio la necesidad de una sistematización para llegar a elaborar un nuevo método (de Trabajo Social, en cuanto superación del Servicio Social) que permitiese superar la compartimentalización establecida por los métodos clásicos y que fuese capaz de enfrentar la realidad concreta en situaciones sociales dadas, asumiendo la problemática del subdesarrollo y la dependencia en su globalidad, con todas sus implicaciones.

Los caminos o propuestas presentados para esta reformulación han sido tres:  
Reformular la metodología tradicional, mediante el mejoramiento de cada uno de los métodos tradicionales (caso, grupo, comunidad).

Reformular la metodología tradicional (como en el caso anterior), pero haciendo una aplicación integrada de los tres métodos.

Elaborar una nueva metodología, ya se denomine método único, método básico o método integrado, comportando éste último diferentes métodos y técnicas según la etapa o fase de que se trate: diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, pero desde una intencionalidad y perspectiva diferente del Servicio Social; de ahí la propuesta de denominarlos métodos del Trabajo Social.

**Técnica**

Conjunto de conocimientos, procedimientos, recursos y medios puestos en práctica para obtener un resultado determinado. Existen técnicas para todas las actividades humanas.

### **Técnica Social**

Un método no basta por sí mismo, necesita de procedimientos y medios instrumentales que lo hagan operativo. En este terreno se sitúan las técnicas sociales. Estas, como los métodos, son respuestas al “como”, pero se sitúan al nivel de los hechos o de las etapas prácticas que, a modo de dispositivos auxiliares, permiten la aplicación del método por medio de elementos prácticos, concretos y adaptados a un objeto bien definido.

### **Técnicas Grupales**

Con la expresión técnicas grupales se designa al conjunto de medios y procedimientos que utilizados en situaciones de grupo, sirven para facilitar y estimular la acción y funcionamiento del grupo, con el fin de alcanzar sus propios objetivos.

Se trata pues, de un instrumento que puede facilitar la participación de los miembros de un grupo, fomentar la responsabilidad y ayudar a desarrollar una dinámica que libere la capacidad creativa mediante la reflexión conjunta. En cuanto instrumentos o herramientas hay que saber utilizarlos de manera adecuada y oportuna.

“En cuanto al uso de las técnicas grupales consideradas a nivel operativo, es menester tener en cuenta que muy rara vez se usan en forma “pura”, el emplearlas siempre “de acuerdo al libro” sin combinarlas o adaptarlas, es la mejor manera de quitarles potencialidades.

En cada caso concreto, hay que adaptarlas y recrearlas de acuerdo a la circunstancia o situación problema que se confronta, especialmente de acuerdo a las características del grupo.

Ninguna técnica puede aplicarse en toda circunstancia, por lo cual es recomendable “no aficionarse” a una o dos técnicas que se conocen y se saben aplicar con eficiencia; para cada caso hay que buscar la o las técnicas más adecuadas.

Respecto de los criterios o factores que se deben considerar para la elección más adecuada de las técnicas, hay que tener en cuenta los objetivos que se persiguen, la madurez y el tamaño del grupo, las características del ambiente físico, de los miembros del grupo, del medio externo, la capacidad del animador, etc.”<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Ander Egg, Ezequiel, Op. Cit., P. 98-100

## **CAPITULO 4**

### **PRESENTACION, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO**

Para tener una mejor visión de la investigación de campo realizada, se presentan los datos obtenidos en cuadros numerados con su debido análisis, respuestas dadas por las trabajadoras sociales del Hospital Roosevelt.

Se recopiló por medio de una encuesta y se propusieron las siguientes variables:

Fichas sociales

Tiempo de llenado de fichas sociales

Motivos que dificultan dar el donativo

Atención social al paciente

Situación de la orientación del paciente

Forma de asignar el hogar temporal

Cantidad de promoción y educación

Características del servicio

Enumerar las gestiones en el servicio

Enumerar la coordinación con otros

Cantidad de charlas sobre la modernización

Una de las principales actividades que realizan las trabajadoras Sociales en el Hospital Roosevelt, la constituye la elaboración de fichas sociales, las cuales consisten en formularios en los que se nota la información socioeconómica correspondiente a los usuarios de los diferentes servicios del Hospital.

#### **4.1. Fichas Sociales**

El fin primordial de las fichas sociales es dar a conocer el tiempo que utilizan las Trabajadoras Sociales y los motivos que dificultan dar el donativo a los usuarios/as.

---



**CUADRO # 11**  
**Guatemala: HOSPITAL ROOSEVELT**  
**FICHAS SEMANALES REALIZAS POR LAS TRABAJADORAS**  
**SOCIALES SEGÚN TIPO DE SERVICIO.**  
**CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS**

Servicio	No. De Ficha				Total de Trabajadoras Sociales
	16 - 20	21 - 25	26 - 30	36 - 40	
Emergencia	1	0	2	0	3
Consulta Externa	0	0	3	0	3
Cirugía	0	0	1	2	3
Maternidad	3	0	0	0	3
Pediatría	2	0	1	0	3
<b>TOTAL %</b>	40	0	47	13	100

Fuente: Investigación propia. Encuesta efectuada a trabajadoras sociales. 1998

En este sentido, el 47% de las trabajadoras sociales entrevistadas, manifestó que la cantidad de fichas sociales que semanalmente llenan, oscila entre 26 y 30; seguidamente, el 40% indicó llenar entre 16 y 20 y solamente un 13% señaló llenar entre 36 y 40 fichas. Cabe mencionar que dichas fichas se distribuyen en los diferentes servicios que presta el Hospital.

**CUADRO # 12**  
**Guatemala: HOSPITAL ROOSEVELT**  
**TIEMPO EN MINUTOS QUE UTILIZAN**  
**LAS TRABAJADORAS SOCIALES PARA LLEVAR**  
**LAS FICHAS SOCIALES.**  
**CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS**

Servicio	Tiempo en minutos de elaboración de fichas			Total de Trabajadoras Sociales
	11 - 15"	16 - 20"	21 - 25"	
Emergencia	2	1	0	3
Consulta Externa	0	4	0	4
Cirugía	1	1	1	3
Maternidad	0	0	2	2
Pediatría	0	2	1	3
<b>TOTAL %</b>	20	53	27	100

Fuente: Investigación propia. Encuesta efectuada a trabajadoras sociales. 1998

Por otra parte, se tiene que la mayor cantidad de las entrevistadas, que constituye el 53%, utiliza un promedio de 16 a 20 minutos para llenar las fichas sociales; el restante 47% corresponde a las respuestas que señalan utilizar tiempos que oscilan entre 11 y 15 minutos y entre 21 y 25 minutos. (véanse cuadros 11 y 12), las que se elaboran a través de entrevistas.

**CUADRO # 13**  
**Guatemala: HOSPITAL ROOSEVELT**  
**PRINCIPALES PROBLEMAS PARA PAGAR DONATIVOS POR**  
**PARTE DE LOS USUARIOS, SEGÚN TIPO DE SERVICIO.**  
**CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS**

Servicio	Escasos Recursos Económicos	No Tiene Familiares	Desempleo	Total de Trabajadoras Sociales
Emergencia	2	1	0	3
Consulta Externa	1	1	1	3
Cirugía	3	0	0	3
Maternidad	2	0	1	3
Pediatría	2	1	0	3
<b>TOTAL %</b>	67	20	13	100

Fuente: Investigación propia. Encuesta efectuada a trabajadoras sociales. 1998

Como se mencionó en el Capítulo 2, una de las acciones en las cuales se concreta la modernización del Hospital, consiste en el requerimiento de un **“donativo de dinero”** al usuario, el cual se determina de conformidad con su situación socioeconómica. Sin embargo, cabe mencionar que en el Hospital Roosevelt, como en todos los hospitales públicos, la mayoría de las personas que utilizan sus servicios son personas de escasos recursos económicos y muchas veces personas del interior de la república; por tal razón, el otorgar un donativo, en muchos casos, representa una parte importante de la renta del usuario/a y por lo tanto, constituye un **COSTO ECONÓMICO** para la familia guatemalteca.

En tal sentido, como se observa en el cuadro 13, los principales problemas que enfrentan los usuarios/as de los diferentes servicios del Hospital Roosevelt, para

otorgar el donativo, lo constituyen, en su orden, la escasez de recursos económicos, el no tener familiares y el desempleo, con valores de 67%, 20% y 13%, respectivamente. Por tanto, se puede indicar que es un 80% la situación socioeconómica del usuario/a, que generalmente es de pobreza, es la que limita o dificulta sobremanera el otorgar el donativo.

A este respecto, la labor de la trabajadora social es de vital importancia, toda vez que a partir de esta situación, ésta busca los mecanismos mediante los cuales se **DISMINUYE O EXONERA** el monto del donativo, constituyendo un importante apoyo para el usuario/a; sin embargo, este procedimiento debe ser **APROBADO Y AVALADO** por el Jefe de Médicos Residentes, lo cual de alguna manera dificulta la función de Trabajo Social, debido a que el análisis socioeconómico que se efectúa solamente se constituye en un requisito, sin que sea tomado en cuenta su criterio profesional.

#### 4.2 Atención Social

Se presenta la información que indica la atención social que se le proporciona al paciente por parte de la Trabajadora Social.

**CUADRO # 14**  
**Guatemala: HOSPITAL ROOSEVELT**  
**CLASES DE ATENCIÓN BRINDADA POR LA**  
**TRABAJADORA SOCIAL SEGÚN TIPO DE SERVICIO.**  
**CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS**

Servicio	Apoyo Moral	Localización de Familias	Solicitud de Transporte	Exámenes Especiales	Total de trabajadoras sociales
Emergencia	0	2	1	0	3
Consulta Externa	1	1	0	1	3
Cirugía	1	1	1	0	3
Maternidad	1	1	1	0	3
Pediatría	1	2	0	1	3
<b>TOTAL %</b>	20	47	20	13	100

Fuente: Investigación propia. Encuesta efectuada a trabajadoras sociales. 1998

Con relación a los tipos de atención que la Trabajadora Social brinda al usuario/a, se tiene que principalmente se concreta en la **“localización de los familiares”**, constituyendo el 47% de los casos señalados; dicha acción es muy importante, dado que en muchos casos, las personas ingresan al Hospital por emergencias o son personas cuyas familias viven en el interior del país y no tienen conocimiento de que un familiar se encuentra hospitalizado con las consecuencias negativas que ello implica para el usuario.

Seguidamente, se tiene la atención consistente en **brindar apoyo moral y solicitud de transporte** con valores de 20% cada uno; el restante 13% manifestó apoyar la gestión referente a la realización de exámenes especiales, tales como: Electrocardiogramas, laboratorios, rayos X, etc.

**CUADRO # 15**  
**Guatemala: HOSPITAL ROOSEVELT**  
**ORIENTACIONES BRINDADAS AL PACIENTE POR LA**  
**TRABAJADORA SOCIAL SEGÚN TIPO DE SERVICIO.**  
**CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS**

Servicio	Superar su enfermedad	Prevención de Enfermedades	Exámenes especiales	Problemas Familiares	Total de trabajadoras sociales
Emergencia	0	2	1	0	3
Consulta Externa	1	1	0	1	3
Cirugía	1	1	1	0	3
Maternidad	1	1	1	0	3
Pediatría	1	2	0	1	3
<b>TOTAL %</b>	20	47	20	13	100

Fuente: Investigación propia. Encuesta efectuada a trabajadoras sociales. 1998

La promoción y educación en salud, constituye una de las labores importantes que lleva a cabo la trabajadora social en el hospital y se concreta en acciones orientadas a proporcionar información acerca de la prevención de enfermedades (53%).

Las consecuencias negativas que las enfermedades tienen para la salud del individuo (47%), tal como lo muestra el cuadro 16.

**CUADRO # 16**  
**Guatemala: HOSPITAL ROOSEVELT**  
**PRINCIPALES CRITERIOS DE TRABAJO SOCIAL PARA ASIGNAR**  
**AL HOGAR TEMPORAL A FAMILIARES DEL PACIENTE,**  
**SEGÚN TIPO DE SERVICIO.**  
**CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS**

Servicio	Médicos Paramédicos	Administrativo	Estado del Paciente	Total de trabajadoras sociales
Emergencia	1	2	0	3
Consulta Externa	0	2	1	3
Cirugía	1	2	0	3
Maternidad	1	2	0	3
Pediatría	0	2	1	3
<b>TOTAL %</b>	20	67	13	100

Fuente: Investigación propia. Encuesta efectuada a trabajadoras sociales. 1998

El hogar temporal constituye una necesaria e importante institución, que permite a los familiares de los pacientes residentes en el interior del país y principalmente en las áreas rurales, permanecer en la capital y estar cerca del paciente para apoyarlo y prestarle el auxilio necesario. Sin embargo, la asignación del hogar temporal se efectúa de conformidad con ciertos criterios utilizados por la trabajadora social, siendo el más importante, residir en el interior del país, que constituye el 67%; luego se tiene el referente a la familia del paciente con un 20% y por último, el estado del paciente que comprende un 13%.

**CUADRO # 17**  
**Guatemala: HOSPITAL ROOSEVELT**  
**PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD BRINDADA POR LA**  
**TRABAJADORA SOCIAL, POR SEMANA, SEGÚN TIPO DE SERVICIO.**  
**CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS**

Servicio	Prevención de Enfermedades	Consecuencia de Enfermedades	Total de Trabajadoras Sociales
	10 - 15"	15 - 20"	
Emergencia	2	1	3
Consulta Externa	1	2	3
Cirugía	0	3	3
Maternidad	3	0	3
Pediatría	2	1	3
<b>TOTAL %</b>	53	47	100

Fuente: Investigación propia. Encuesta efectuada a trabajadoras sociales. 1998

Estas actividades tienen relevancia, en la medida que el paciente se concientiza y pone en práctica las medidas de prevención de enfermedades que se le proporcionan, fundamentalmente las relacionadas con la nutrición y la higiene del individuo.

No obstante, el entorno socioeconómico es fundamental para poder aplicar ciertas acciones de esta naturaleza.

En el cuadro 17 se aprecia que la trabajadora social en el Hospital Roosevelt, dentro de sus funciones ordinarias, efectúa semanalmente cierta cantidad de visitas médicas al paciente, con el propósito de brindar orientación, fundamentalmente con respecto a la realización de gestiones sobre exámenes especiales como lo señaló el 47% de las entrevistadas; seguidamente se orienta sobre el donativo (33%) y por último, se realizan gestiones para la localización de familiares del paciente (20%).

#### **4.3. Características de los Servicios**

Se darán a conocer las características de las visitas que realizan a los pacientes y las gestiones que desarrolla la Trabajadora Social en los servicios.

**CUADRO # 18**  
**Guatemala: HOSPITAL ROOSEVELT**  
**ACCIONES DERIVADAS DE VISITA MÉDICA REALIZADA POR LA**  
**TRABAJADORA SOCIAL, POR SEMANA, SEGÚN TIPO DE SERVICIO.**  
**CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS**

Servicio	Localización De Familiares	Gestiones de exámenes especiales	Orientación Donativo	Total de trabajadoras sociales
	5 - 10	15 - 20	25 - 30	
Emergencia	1	1	1	3
Consulta Externa	0	2	1	3
Cirugía	1	1	1	3
Maternidad	1	2	0	3
Pediatría	0	1	2	3
<b>TOTAL %</b>	20	47	33	100

Fuente: Investigación propia. Encuesta efectuada a trabajadoras sociales. 1998

De la visita médica semanal, derivan acciones que se manifiestan en gestiones específicas, según determinadas necesidades del paciente; no obstante, las **“exoneraciones de pago” del servicio utilizado o de ciertos exámenes** constituye la fundamental, absorbiendo el 46% de las gestiones efectuadas semanalmente. La solicitud de transporte así como la localización de familiares, representan el 54% restante, con valores de 27% cada tipo de gestión. (Véase cuadro 18).

**CUADRO # 19**  
**Guatemala: HOSPITAL ROOSEVELT**  
**GESTIONES REALIZADAS POR LAS TRABAJADORAS SOCIALES**  
**POR SEMANA, EN CADA VISITA MÉDICA, SEGÚN TIPO DE SERVICIO.**  
**CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS**

Servicio	Exoneración de pago	Solicitud de Transporte	Localización de familias	Total de trabajadoras sociales
	1 - 5	6 - 10	Nov. 15	
Emergencia	2	1	0	3
Consulta Externa	1	1	1	3
Cirugía	1	0	2	3
Maternidad	2	1	0	3
Pediatría	1	1	1	3

<b>TOTAL %</b>	46	27	27	100
----------------	----	----	----	-----

Fuente: Investigación propia. Encuesta efectuada a trabajadoras sociales. 1998

Dada la función social que efectúa la trabajadora social, la coordinación con otros profesionales que laboran en el Hospital es indispensable para que las acciones derivadas de su quehacer, cumplan su cometido y se lleven a cabo de la mejor manera posible. De esa cuenta, como se aprecia en el cuadro 9, el 60% de las acciones de coordinación se realizan con los médicos; el 27% con los paramédicos y solamente un 13% con personal administrativo.

### **Coordinación con el Equipo Multiprofesional**

Se presentan acciones que coordina la Trabajadora Social con el equipo multidisciplinario del Hospital Roosevelt.

**CUADRO # 20**  
**Guatemala: HOSPITAL ROOSEVELT**  
**COORDINACIONES CON EQUIPO**  
**MULTIDISCIPLINARIO REALIZADAS POR**  
**LAS TRABAJADORAS SOCIALES SEMANALMENTE,**  
**SEGÚN TIPO DE SERVICIO.**  
**CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS**

Servicio	Médicos	Paramédicos	Administrativo	Total de trabajadoras sociales
	5 - 10	15 - 20	25 - 30	
Emergencia	2	1	0	3
Consulta Externa	1	1	1	3
Cirugía	2	1	0	3
Maternidad	2	1	0	3
Pediatría	2	0	1	3
<b>TOTAL %</b>	60	27	13	100

Fuente: Investigación propia. Encuesta efectuada a trabajadoras sociales. 1998

Para que el proceso de modernización en el Hospital Roosevelt se concrete y lleve a cabo de conformidad con sus propósitos, es indispensable que las diferentes áreas de trabajo del mismo conozcan todos los aspectos relacionados con dicho proceso, a fin de estar claros en la nueva visión y misión del Hospital.



De esa cuenta, el Área de Trabajo Social, debe estar lo suficientemente informada a este respecto y así poder interpretar y trasladar al usuario el nuevo concepto del “**donativo**”; sin embargo, de conformidad con lo señalado por las trabajadoras sociales, como se resume en el cuadro 10, la información a este respecto, ya sea a través de charlas o conferencias sobre el proceso de modernización, ha sido muy escaso, toda vez que el 87% indicó haber recibido solamente una charla y el 13% restante recibió dos charlas.

#### **4.5 Capacitación**

Se da a conocer la capacitación profesional que se le brinda a la Trabajadora Social a los usuarios/as del Hospital Roosevelt.

**CUADRO # 21**

**Guatemala: HOSPITAL ROOSEVELT  
CHARLAS O CONFERENCIAS SOBRE LA MODERNIZACIÓN RECIBIDAS  
POR LAS TRABAJADORAS SOCIALES, SEGÚN TIPO DE SERVICIO.  
CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS**

<b>Servicio</b>	<b>No. de charlas</b>	<b>Conferencias</b>	<b>Total de Trabajadoras Sociales</b>
Emergencia	3	0	3
Consulta Externa	3	0	3
Cirugía	3	0	3
Maternidad	2	1	3
Pediatría	2	1	3
<b>TOTAL %</b>	87	13	100

Fuente: Investigación propia. Encuesta efectuada a trabajadoras sociales. 1998

Se puede indicar, que la difusión de dicho proceso no se ha realizado en su totalidad y esto ocasiona dificultad entre el personal, al desconocer aspectos centrales del proceso y en todo caso, constituye un serio impedimento para su efectiva implementación. Por tanto, es recomendable que se lleve a cabo un proceso de capacitación con el fin, no solo de informar al personal, sino, de prepararlo

eficientemente para todos los cambios, fundamentalmente de actitud que dicho proceso implica.

## CAPITULO 5

### PROPUESTA DE PLAN DE TRABAJO A REALIZARSE CON TRABAJADORAS SOCIALES Y PERSONAL DEL HOSPITAL ROOSEVELT EN PROGRAMAS DE MODERNIZACIÓN

#### 5.1 Datos generales

<b>Fecha de inicio de la propuesta</b>	enero 2000
<b>Coordinación</b>	Jefatura de Trabajo Social del Hospital Roosevelt
<b>Responsable</b>	Personal de Trabajo Social
<b>Participantes</b>	Personal del Hospital Roosevelt

#### 5.2 Justificación

El propósito del trabajo que se presenta a continuación es para que, en base a lo señalado en plan general, las acciones que se realicen lleven un ordenamiento y organización adecuadas, basadas en las necesidades y en los modelos modernos de globalización y modernización que ya funcionan en Guatemala.

Con la ejecución del presente programa de trabajo y los proyectos a impulsar, se podrán atender problemas individuales y familiares de índole social, básicamente determinados por la estructura social y económica de Guatemala, que son los principales problemas de la población atendida en los hospitales nacionales; en este sentido se pondrán en práctica el conocimiento teórico-práctico de las diferentes disciplinas que participarán en el desarrollo del trabajo.

Los proyectos a realizarse abarcan una serie de actividades, que tiene como fin el logro de un mejor aprovechamiento de los recursos existentes del Estado por parte de la población beneficiaria y que al mismo tiempo participen en el trabajo a desarrollarse.

#### 5.3 Objetivos

### **5.3.1 Generales**

Que Los programas de globalización y modernización se fundamenten principalmente, en un mejor servicio, como base de bienestar de los usuarios/as, en donde participen profesionales de todas las disciplinas.

Propiciar una atención que enmarque el bienestar, la aceptación, la colaboración y calidez en la atención a la población.

Proponer mecanismos para que Los Hospitales del Estado, cuenten con personal con conocimientos de la modernización y/o globalización.

### **5.3.2 Específicos**

Realizar proyectos de trabajo con personal de Trabajo Social del Hospital Roosevelt, a efecto de hacer una innovación en las acciones que actualmente realizan.

Proponer a las autoridades del Hospital Roosevelt, un proyecto para el personal de varias disciplinas, a efecto de que se involucren en los cambios derivados de la modernización.

### **5.4 Metas**

El proyecto de propuesta del plan con personal de Trabajo Social y personal multidisciplinario del Hospital Roosevelt, pretende ser una innovación en el campo de la salud, cambiando los antiguos métodos de atención e involucrando a cada uno en el rol que le corresponde en la modernización.

El desarrollo del presente proyecto deberá llevarse a cabo dentro de las instalaciones del Hospital Roosevelt, como un plan piloto y con la participación de trabajadores sociales, psicólogos, médicos, terapistas, enfermería, técnicos de laboratorio y rayos X y demás personal que las autoridades consideren necesario.

Es indispensable el desarrollo de talleres vivenciales, a efecto de que en cada uno:

Formar 4 grupos de trabajo, con personal de diferentes disciplinas, para la integración de talleres educativos.

Introducir nuevas funciones, a efecto de que todo miembro del personal obtenga mismos conocimientos y pueda resolver los casos que se presentan o consultar en caso necesario.

Programar y calendarizar una actividad por semana, tomando en cuenta los criterios de las autoridades.

Lograr la participación del 100 por ciento del personal y autoridades del Hospital Roosevelt.

## **5.5 Metodología del Trabajo**

Con el fin de compartir sus experiencias y al mismo tiempo dar a conocer sus expectativas de trabajo, debe tomarse en cuenta para incorporarlo a las modificaciones del rol de funciones en forma participativa.

En los talleres de reestructura, se debe tomar en cuenta qué rol debe operar un cambio e incluir una postura de política de reestructura, a manera de no desestimar el proceso de globalización y modernización, que el profesional responda a las demandas de la población, sin descuidar las debilidades que afectan a cada uno de los profesionales.

En la ejecución del proyecto se tratarán temas como dinámica dialéctica, dimensión histórica del proceso de globalización y modernización, al igual que criterios.

Como primer paso una capacitación al personal, luego una concientización a los usuarios/as y finalmente la incorporación de un proyecto de ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, a manera de descongestionar las salas hospitalarias.

## **Organización y Coordinación**

### **5.6.1 Coordinación**

Equipo de oficina de Trabajo Social.

### **5.6.2 Area a cubrir**

Personal de Trabajo Social

Personal Médico.

Personal de Psicología.

Personal de Terapias

Personal de Enfermería

Personal de Técnicos de Rayos X y Laboratorio

### **5.6.3 Responsable**

Personal de Trabajo Social, con apoyo de facilitadores capacitados en cada área de intervención, a quienes deberá localizarse y contratarse previa entrevista.

#### 5.6.4 Duración

El Proyecto tiene una duración de 6 meses, con aplicación de una vez por semana, con la asistencia de 4 grupos de trabajo, quienes recibirán las charlas educativas una vez por semana cada grupo, los días, lunes y viernes por lo misma es la misma programación por cada mes.

#### 5.7. Calendarización de actividades

<u>DÍA</u>	<u>HORA</u>	<u>LUGAR</u>	<u>DIRIGIDO A</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>RESPONSABLES</u>
Lunes a viernes Enero 2000	9:00 a 12:00	Hospital Roosevelt	Grupo del 1 al 4.	Proceso cíclico Proceso histórico Modo de producción Cultura capitalista Realidad actual Normas jurídicas	Oficina de Trabajo Social
Lunes a viernes Febrero 2000	9:00 a 12:00	Hospital Roosevelt	Grupo del 1 al 4.	Proceso histórico en salud Cultura Nacional en salud Modernización hospitalaria Aplicación de la modernización	Oficina de Trabajo Social
Lunes a viernes Marzo 2000	9:00 a 12:00	Hospital Roosevelt	Grupo del 1 al 4.	Problemas encontrados Políticas actuales Puntos vinculantes Alternativas de cambio Compromiso profesional	Oficina de Trabajo Social
Lunes a viernes Abril 2000	9:00 a 12:00	Hospital Roosevelt	Grupo del 1 al 4.	Concientización a la población Atención primaria en salud Aplicación en áreas precarias Capacitación de líderes comunitarios	Oficina de Trabajo Social
Lunes a viernes Mayo 2000	9:00 a 12:00	Hospital Roosevelt	Grupo del 1 al 4.	Estrategias para evitar reincidencias Saneamiento ambiental Lluvia de ideas Visitas comunitarias Monitoreo	Oficina de Trabajo Social
Lunes a viernes Junio 2000	9:00 a 12:00	Hospital Roosevelt	Grupo del 1 al 4.	Aplicación de conocimientos Visitas domiciliarias Visitas de campo Evaluación de cambios Evaluación de talleres	Oficina de Trabajo Social

#### 5.8 Recursos

Los costos serán financiados con partidas presupuestarias del Hospital Roosevelt como parte de sus programas dirigidos a su personal, tomándose en cuenta que la formación del personal es de mucha importancia.

##### 5.8.1 Humanos

Profesionales de Trabajo Social y personal especializado

Profesionales del Hospital Roosevelt

Autoridades del Hospital Roosevelt

Ministerio de Salud

Personal de A.S.I.E.S

Personal de P.L.A.D.E.S

### **5.8.2 Institucionales**

Escuela de Trabajo Social

Ministerio de Salud.

Hospital Roosevelt

### **Evaluación del Proyecto**

Para evaluar el presente proyecto se elaborará una boleta, que deberán responder en un 50% el personal y otro 50% los usuarios/as, a efecto de establecer el grado de aceptación e impacto que han tenido Los cambios en cuanto a la modernización.

## **CONCLUSIONES**

De conformidad con las condiciones socioeconómicas de la mayoría de la población guatemalteca, la prevalencia de enfermedades que pueden ser prevenibles es alta, lo cual a la par de la escasa infraestructura en salud que se tiene en el país y la concentración que de

ésta se da en los principales centros poblados, el Hospital Roosevelt presenta una considerable demanda de servicios de salud, frente a una oferta que se puede calificar de baja, lo cual ocasiona problemas serios para muchas personas que requieren asistencia médica, al no poder ser atendidos en el momento oportuno y en forma eficiente y eficaz.

El proceso de modernización del sector salud se ha establecido con base en el Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS). El Hospital Roosevelt se ubica en el tercer nivel y atiende solamente casos de referencias provenientes del segundo nivel; sin embargo, dada la poca capacidad de atención y escasos recursos con que cuentan los centros y puestos de salud, el Hospital siempre se encuentra con una fuerte demanda de servicios que teóricamente corresponden a los niveles inferiores.

Dentro de la modernización del Hospital Roosevelt se han realizado acciones como la remodelación de las instalaciones y equipamiento del mismo, así como en la determinación de un DONATIVO en efectivo que debe ser aportado por el demandante (usuario/a) del servicio, el cual es fijado de conformidad con la situación socioeconómica del mismo; no obstante, cabe mencionar en la mayoría de los casos, dicho donativo representa un gran sacrificio y en otros casos, se constituye en un serio limitante para acceder al servicio que se necesita.

No obstante la importancia que el Trabajador Social tiene en el proceso de modernización del Hospital Roosevelt, por cuanto es el responsable de informar y solicitar el donativo al demandante del servicio, ésta no ha sido preparada para tal actividad, ya que únicamente han recibido una conferencia sobre dicho proceso, constituyendo un serio problema al no estar completamente informada y comprometida con el proceso.

El proceso de modernización desde la perspectiva de Trabajo Social y del Hospital Roosevelt es de beneficio para el usuario/a, ya que le permite obtener servicios médicos, al ampliarse el personal paramédico y de Trabajo Social, medicina y exámenes especiales a menor costo.



Se evidenció en el proceso de investigación, que es fundamental que las Trabajadoras Sociales y personal del Hospital Roosevelt se capaciten a través de un Programa; para adquirir conocimientos que contribuyan a impulsar e integrar en el proceso de modernización de los servicios de salud.

## **RECOMENDACIONES**

Tomando en cuenta que la modernización del Hospital Roosevelt forma parte del proceso de modernización del Estado y del sector salud en particular, es indispensable que todos los trabajadores/as del Hospital y fundamentalmente las trabajadoras sociales, conozcan y sean preparadas de conformidad con los aspectos que se contemplan en el Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS).

Dada la poca información que el/la trabajador/a social tiene del proceso de modernización del Hospital Roosevelt, se recomienda que se planifique y ejecuten jornadas de capacitación con esta temática, con el fin de preparar de una manera sólida a la misma y esto obviamente redundará en el mejor cumplimiento de sus funciones, con los efectos positivos que ello implica para el Hospital.

Se recomienda que se revisen los elementos que actualmente son utilizados por Trabajo Social, para fijar los donativos que se solicitan al paciente con el fin de establecer criterios comunes en los diferentes servicios del hospital y, de esta manera, evitar problemas de discrecionalidad en la determinación del donativo y principalmente en aquellos casos que ameriten exoneración.

El proceso de modernización de tomarse en cuenta en el Hospital Roosevelt, para que les proporcionen medicina y exámenes especiales a menor costo a las personas de escasos recursos.

Que la Jefatura de Trabajo Social del Hospital Roosevelt, lleve a cabo la propuesta de Plan de Trabajo que se realiza en la presente tesis con las trabajadoras sociales y personal del Hospital Roosevelt en programas de modernización.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Ander Egg, Ezequiel, Diccionario de Trabajo Social, Editorial Ecros, Buenos Aires, Argentina, 1,974

Ander Egg, Ezequiel, Técnicas de Investigación Social, Editorial El Ateneo, S.A. de C.V., México, 1,976

Baena, Guillermina y González Obregon, Instrumentos de Investigación, Colección Textos y Diccionarios, Editores Mexicanos, No. 5 México D.F., 1,980

Balseus, Consultoría sobre Trabajo Social Hecho para la Ruta Social, México, 1,995

Hospital Roosevelt, Datos de los Ministerios de Salud de cada uno de los Países de la Región Centroamericana, Guatemala, 1,994

Hospital Roosevelt, Manual y Reglamento, Guatemala, 1,960

Hospital Roosevelt, Reglamento, Guatemala, 1,980

Hospital Roosevelt, Reglamento de Organización y Funciones de Guatemala, 1,977

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Reglamento de Reorganización, Guatemala, octubre 1,984

Ministerio de Salud Pública-Organización Panamericana de la Salud-Banco Interamericano de Desarrollo (MSP-OPS-BID), Estudio Básico del Sector Salud, Guatemala, 1,992,

Monzón, Samuel Alfredo, Introducción al Proceso de la Investigación Científica Aplicado a la Salud y Ciencias Naturales, Colección Estudios Editorial Tukur, Guatemala, 1,996

Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud, Guatemala, marzo 1,995

Plan de Desarrollo Humano, Infancia y Juventud, Plan de Desarrollo Social, Secretaria General del Consejo de Planificación Económica, Guatemala, 1,991

PNUD, Informe de Desarrollo Humano, Guatemala, 1,994

Revision United Nations, World Population Prospects the 1,992

SEGEPLAN Presidencia de la República, Programa del Gobierno de la República, Guatemala, 1,995

Situación de Salud en las Américas, Indicadores Básicos, 1,995

Tamayo y Tamayo, Mario, El Proceso de la Investigación Científica. Fundamentos de Investigación con Manual de Evaluación de Proyectos, Editores Limusa, Noriega, 2ª. Edición, México, 1,981

Wamber Casas, Antonio, Estudio Básico del Sector Salud, Publicaciones Científicas y Técnicas de la Organización Panamericana de la Salud 1,942